

سيكولوجية

ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم

الدكتور

عبد المطلب أمين القريظي



توزيع / دار الفكر العربي

سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم

الدكتور

عبد المنعم أمين (القروى)

أستاذ الصحة النفسية

ووكيل كلية التربية - جامعة حلوان

توزيع

دار الفكر العربى

١٦ شارع جواد حسن - القاهرة

٩٤ شارع عباس العقاد - مدينة نصر

الطبعة الأولى

١٤١٧ هـ - ١٩٩٦ م

**سايكولوجية
ذوى الاحتياجات
الخاصة وتربيتهم**

الطبعة الأولى
١٤١٧ هـ - ١٩٩٦ م

حقوق الطبع محفوظة للمؤلف ، ولا يجوز نشر أى جزء من هذا الكتاب ، أو اختزان مادته بطريقة الاسترجاع ، أو نقله على أى نحو ، أو بأية طريقة سواء أكانت إلكترونية ، أم ميكانيكية ، أم بالتصوير ، أم بالتسجيل ، أم بخلاف ذلك إلا بموافقة - مسبقة - من المؤلف ، ويخضع ذلك للقانون .

المؤلف

إهداء

٠ إلى أستاذنا الجليل الدكتور / فاروق محمد صادق
الذي نذر عمره بحثاً في مشكلات ذوى الاحتياجات الخاصة ، ودفاعاً عن
قضاياهم ، وإعداداً للكوادر البشرية العاملة معهم .
١ إلى سائر العاملين المخلصين في ميدان التربية الخاصة ، وإلى طلابها ،
وبالخاص في مجالاتها .

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اوقل رب زدني علما

(سورة الإسراء : آية ٥٨)

ا ربنا لا ترغ قلوبنا بعهد اذ هديتنا و هب لنا من رحمتك انك انت الوهاب

(سورة آل عمران : آية ٨)

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الطبعة الأولى

ظل ذوو الاحتياجات الخاصة لفترة طويلة - لاسيما ذوو الانحرافات السلبيه كالمرضى النفسيين والمتخلفين عقلياً والعميان - عرضة لسوء المعاملة والاضطهاد الذى وصل فى بعض المجتمعات القديمة إلى حد القتل والتعذيب ، قبل أن تتفهم المجتمعات حالاتهم وتتقبلها ، وتكفل لهم حقوقهم فى الحياة الكريمة ، وفى الرعاية المستحقة المتكاملة ، وفى المشاركة الفاعلة سواء بسواء مع أقرانهم العاديين بحسب استعداداتهم ومقدراتهم فى تحمل المسئولية ودفع عجلة التقدم وصنع الحضارة .

ولقد تطورت النظرة المجتمعية لهؤلاء الأفراد عبر مراحل تدرجت من سوء الفهم المقتصر إما باستخدام العنف أو الازدراء والإبعاد ، إلى العزل داخل ملاجئ ومؤسسات إيوائية بدافع الشفقة بهم لإشباع احتياجاتهم الأولية ، إلى الاعتراف بحقوقهم فى الرعاية الصحية والاجتماعية والتعليمية والتأهيلية والتشغيلية ، إلى تبني فلسفة جديدة أساسها التكامل والاندماج والتطبيع نحو العادية ، والمناداة بأن يتاح لهؤلاء الأفراد من فرص الحياة اليومية الطبيعية مايتاح للعاديين ، وأن يشاركوا فى أنشطتها بما يسمح لهم بتنمية واستثمار مآلديهم من استعدادات فعلية لأقصى ما يمكنها الوصول إليه فى ظل أوضاع بيئية تتسم بأقل قدر ممكن من القيود والمحددات النفسية والاجتماعية .

ويعكس هذا التحول - فى الفلسفة والنظرة المجتمعية إلى ذوى الاحتياجات الخاصة - إدراكاً عميقاً بأن المجتمع عندما يهمل هؤلاء الأفراد ، فلن يؤدي ذلك إلا إلى تفاقم مشكلاتهم ومضاعفات إعاقاتهم وأثارها الجانبية ، فيصبحون عالة على أسرهم وعلى المجتمع ، ولن ينجى المجتمع فى النهاية سوى الخسارة الفادحة لجزء من ثروته البشرية يتعين عليه استثماره ، وتحويله إلى طاقة فاعلة منتجة فى إطار خطته التنموية . فضلاً على أن المجتمع بإهماله لهم يحجب عنهم حقوقاً إنسانية واجتماعية يتوجب عليه كفالتها ؛ تمثيلاً مع مبادئ العدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص والمساواة بين الناس .

وعلى هذا الأساس جاءت مادة الكتاب الذى بين أيدينا ؛ لتعكس بعضاً من الاهتمام

المنتظم والمتزايد برعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ، والذي كان من أهم معالم إنشاء شعب وأقسام على مستوى البكالوريوس ، ودبلومات مهنية على مستوى الدراسات العليا ببعض كليات التربية بمصر والعالم العربى تعنى بإعداد المعلم المتخصص فى هذا الميدان . وتحتوى هذه الطبعة الأولى على خمسة فصول ؛ تناول المؤلف فى الفصل الأول منها مفهوم ذوى الاحتياجات الخاصة ، وما ينطوى عليه من جوانب ويرتبط به من مشكلات ، كما ناقش أهم المبادئ الواجب مراعاتها فى الخدمات الخاصة . وعالج فى الفصل الثانى موضوع التربية الخاصة من حيث أهدافها ومحدداتها ، واستراتيجياتها ونظمها وبرامجها ، وعرض فى نهايته لمفهرم العمل الفريقى والمهام الخاصة بكل عضو فيه .

وتناول فى الفصل الثالث التخلف العقلى من حيث تعريفاته وأسبابه ، وتصنيفاته ، والإجراءات الوقائية ، وجوانب الرعاية التربوية والتعليمية والاجتماعية للمتخلفين عقلياً ، أما الفصلان الرابع والخامس فقد اختصا بالإعاقات الحسية ؛ حيث عالج المؤلف فى الفصل الرابع إعاقة السمعية ؛ تعريفها وتصنيفاتها وأسبابها ، وكيفية التعرف عليها ، وبعض جوانب شخصية المعوقين سمعياً ، ورعايتهم التربوية والتعليمية . ثم تناول فى الفصل الخامس الإعاقة البصرية مفهومها وتصنيفاتها وأسبابها ، وأساليب التعرف والتشخيص ، وخصائص المعوقين بصرياً والعوامل المؤثرة فى شخصياتهم ، والإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة والتربوية والتعليمية والاجتماعية لهم .

والمؤلف إذ يحمد الله سبحانه وتعالى أن أعانه على إنجاز هذا العمل ابتغاء وجهه الكريم ، وخدمة لميكان التربية الخاصة ، ليرجو أن يتمكن فى الطبعة التالية - إن شاء الله - من معالجة ما قد يكون بمادته من قصور عن المستوى الذى يطمح إليه ، وكذلك استيفاء بقية الفئات التى لم يتمكن من تناولها فى هذه الطبعة من الكتاب ، كما يتوجه بالدعاء إلى العلى القدير أن يكتب لهذا الجهد القبول الحسن لدى القارىء ، وأن ينفع به الطلاب والباحثين والمهتمين بموضوعه ، إنه نعم المحيب والهادى إلى سواء السبيل .

والله اعلم

عبد القادر (مدير الفريق)

القاهرة - مدينة نصر

ربيع ثانى ١٤١٧ هـ - أغسطس ١٩٩٦ م

الفهرس

الصفحة

الموضوع

مقدمة

٢١ - ٧	الفصل الأول : في مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة
٩	تسميات ... وتسميات
١٣	ذوو الاحتياجات الخاصة
١٥	الانحراف عن المستوى العادى
١٦	جوانب الانحراف عن المستوى العادى
٢١	الخدمات الخاصة
٢١	المبادئ الواجب مراعاتها فى الخدمات الخاصة

٧٨ - ٢١	الفصل الثاني : التربية الخاصة
٣٣	فى مفهوم التربية الخاصة
٣٦	أهداف التربية الخاصة ومحدداتها :
٣٧	أهداف التربية الخاصة
٣٩	محددات التربية الخاصة
٤٦	استراتيجيات التربية الخاصة ونظمها :
٤٦	النظام العزلى
٥١	النظام الإدماجى
٥٦	برامج التربية الخاصة ومستويات خدماتها
٦٥	العمل الفريقي المتعدد التخصصات فى التربية الخاصة
٦٩	الوالدان
٧٠	معلم الفئات الخاصة
٧١	الإخصائى النفسى
٧٤	الإخصائى الاجتماعى
٧٥	الطبيب

٧٦	..... إخصائى الكلام والتخاطب
٧٧	..... إخصائى التدريب والتأهيل المهنى

الفصل الثالث : التخلف العقلى (٧٩- ١٣٢)

٨١	..... تعريف التخلف العقلى وتصنيفاته
٨١	..... فى مفهوم التخلف العقلى وتصنيفاته
٨٦	..... تشخيص التخلف العقلى
٨٨	..... الفرق بين التخلف العقلى والمرضى العقلى
٨٩	..... الخصائص العامة للمتخلفين عقليا
٩٠	..... أسباب التخلف العقلى
٩٤	..... تصنيفات التخلف العقلى :
٩٥	..... التصنيف الطبى
١٠١	..... التصنيف السيكولوجى
١٠٢	..... التصنيف التربوى
١٠٤	..... التصنيف الاجتماعى
١٠٨	..... الوقاية من التخلف العقلى ورعاية المعوقين عقليا :
١٠٨	..... الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة
١١٣	..... الرعاية التربوية والتعليمية
١١٤	..... أهداف الرعاية التربوية والتعليمية
١١٨	..... أسس البرامج التربوية والتدريس للمتخلفين عقليا
١١٩	..... أنواع البرامج التربوية للمتخلفين عقليا
١٢٠	..... محتويات المناهج الدراسية
١٢٠	..... القراءة والكتابة والحساب
١٢١	..... التربية الحركية والرياضية
١٢١	..... التربية الفنية
١٢٨	..... الرعاية الاجتماعية للمتخلفين عقليا

الفصل الرابع : الإعاقة السمعية (١٢٣ - ١٧٠)

١٣٥	..... مدخل
١٣٧	..... تعريف الإعاقة السمعية
١٣٨	..... تصنيفات الإعاقة السمعية
١٣٩	..... التصنيف الطبى
١٤٠	..... التصنيف الفسيولوجى
١٤١	..... التصنيف التربوى
١٤٥	..... التعرف على الإعاقة السمعية وقياسها
١٤٩	..... أسباب الإعاقة السمعية
١٥٠	..... الجهاز السمعى
١٥٣	..... الشخصية والنضج والتكيف الاجتماعى لدى المعوقين سمعيا
١٥٦	..... الوقاية من الإعاقة السمعية ورعاية المعوقين سمعيا :
١٥٦	..... الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة
١٥٧	..... الرعاية التربوية والتعليمية :
١٥٧	..... الأهداف
١٥٩	..... المراحل الدراسية
١٦١	..... المناهج الدراسية
١٦٣	..... إعداد الفصول الدراسية
١٦٤	..... طرق التواصل لدى الصم وضعاف السمع

(١٧١ - ٢٢٠)

الفصل الخامس : الإعاقة البصرية

١٧٣	..... مدخل
١٧٦	..... مفهوم الإعاقة البصرية وتصنيفاتها :
١٧٧	..... التعريفات القانونية
١٧٨	..... التعريفات الوظيفية التربوية
١٨٠	..... الجهاز البصرى ووظائفه
١٨٣	..... الأخطاء التكسارية الناجمة عن الضوء
١٨٤	..... الاضطرابات البصرية الناتجة عن الخلل فى عضلات
١٨٥	..... أسباب الإعاقة البصرية

١٨٦	..... التعرف المبكر على الإعاقة البصرية وتشخيصها وقياسها
١٨٦	..... التعرف المبكر
١٨٧	..... قياس المقدرة البصرية
١٩٢	..... العوامل المؤثرة فى شخصية المعوق بصريا
١٩٧	..... خصائص المعوقين بصريا
١٩٧	..... الخصائص الانفعالية والاجتماعية
١٩٨	..... الخصائص الكلامية واللغوية
١٩٩	..... الخصائص العقلية
٢٠١	..... الخصائص الحركية
٢٠٣	..... الوقاية من الإعاقة البصرية ورعاية المعوقين بصريا
٢٠٣	..... الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة
٢٠٥	..... الرعاية التربوية والتعليمية
٢٠٧	..... أهداف مدارس وفصول المعوقين بصريا
٢٠٨	..... طرق وسائل تعليم المعوقين بصريا
٢٠٨	..... ١ - بالنسبة للعميان
٢١٢	..... ب- بالنسبة لضعاف البصر
٢١٤	..... الأنشطة العملية للمعوقين بصريا
٢١٤	..... الموسيقى
٢١٥	..... الفنون التشكيلية
٢١٦	..... الترتيبات المكانية الخاصة فى مدارس المعوقين بصريا
٢١٨	..... الرعاية الاجتماعية للمعوقين بصريا

(٢٢٩ - ٢٢١)

مراجع الكتاب

٢٢١	..... مراجع باللغة العربية
٢٢٧	..... مراجع باللغة الإنجليزية

(٢٥٧ - ٢٢١)

ملحق الكتاب

توصيات المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة فى مصر

الفصل الأول

في مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة

تسميات وتسميات

ذوو الاحتياجات الخاصة

- الانحراف من المستوى العادي
- جوانب الانحراف من المستوى العادي
- الخدمات الخاصة

العادي، الواجب مراعاتها في الخدمات الخاصة

- الخدمات الخاصة حقوق أصيلة ومستمرة
- الخدمات الخاصة خدمات متكاملة وشاملة
- الخدمات الخاصة محل تزيق متعدد التخصصات
- وجوب كفالة الخدمات الخاصة في وقت مبكر
- وجوب الرماية للإمكانيات البسيطة والمقدمة
- المشاركة الفعالة مع الجهود الحكومية
- الدعم الأسري والمشاركة الوالدية

في مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة

مدخل : تسميات .. وتسميات :

يختلف البعض - بالزيادة أم بالنقصان - عن المستوى العادي (المتوسط) الذي يحدده المجتمع ، فى جانب - أو أكثر من جوانب الشخصية الجسمية أو الحاسوبية أو المزاجية الانفعالية ، أو العقلية المعرفية أو الاجتماعية .. وغيرها . وقد تعددت المصطلحات والتسميات المستخدمة فى الإشارة إلى هؤلاء الأفراد تعددا أدى فى معظم الأحيان إلى التداخل والالتباس ، وغموض الفهم أكثر مما أدى إلى صحة الدلالة ، ووضوح الفهم ، ومن بين هذه التسميات المتداولة بين الناس : الشواذ ، والمعوقين ، وذوى العاهات ، والعَجْزَة ، ومنها ما يطلق على فئة بعينها : كالبلهاء ، والمعتهوين ، والبُكم ، والحُرْس ، والعُرج ... وغيرها .

وقد أدى إطلاق هذه التسميات وشيوعها إلى آثار سلبية وخيمة ، لعل من أبرزها جميعا هو تلك الرصمة الاجتماعية لهؤلاء الأفراد بالقصور والعجز ، أكثر من الإشارة إلى مظاهر الكفاءة ، وأوجه القوة والإيجابية فى شخصياتهم ، بل وإغفالها لمقدراتهم على أداء الكثير من الأعمال والمهام كغيرهم من العاديين سواء بسواء ، مما لا يترتب عليه غالبا سوى إدراك أنفسهم على أنهم أقل قيمة من غيرهم ، ويؤدى إلى انحطاط تقديراتهم لذواتهم ، كما يُفسح الطريق لنمو إحساساتهم بالألم النفسى ، ويجعلهم نهياً لمشاء النقص والدونية والانسحاب ، كما يسهم شيوع استخدام هذه التسميات السلبية فى مشاعر الرفض والمقاومة والإنكار ، وربما الشعور بالخجل والحزى والعار من قبل أسرهم ويؤدى إلى تعميم المдрكات والاتجاهات السلبية على المستوى الاجتماعى نحو هؤلاء الأفراد ، وذلك لما تحمله هذه التسميات من دلالات على العجز ، وعدم الكفاءة فى القيام بالأدوار الاجتماعية المتوقعة من كل منهم .

وقد أسفرت نتائج كثير من الدراسات التى أجريت حول إدراكات الأفراد العاديين للخصائص والسمات الشخصية المميزة للمعوقين ، عن أن الخصائص التى اختاروها لوصف المتخلفين عقليا ، والمضطربين سلوكيا ، وذوى صعوبات التعلم كانت سلبية تماما ، وذلك

ويؤدى إلى تعميم المدركات والاتجاهات السلبية على المستوى الاجتماعى نحو هؤلاء الأفراد ، وذلك لما تحمله هذه التسميات من دلالات على العجز ، وعدم الكفاءة فى القيام بالأدوار الاجتماعية المتوقعة من كل منهم .

وقد أسفرت نتائج كثير من الدراسات التى أجريت حول إدراكات الأفراد العاديين للخصائص والسمات الشخصية المميزة للمعوقين ، عن أن الخصائص التى اختاروها لوصف المتخلفين عقليا ، والمضطربين سلوكيا ، وذوى صعوبات التعلم كانت سلبية تماما ، وذلك على العكس من الخصائص الإيجابية التى وصفوا بها المتفوقين والعاديين (زيدان السطراوى ١٩٨٩ ، Green, et al,1978, Parish, et al,1977) وقد أرجعوا هذه النتائج إلى المعتقدات والأفكار التى يتبناها العاديون عن المعوقين ، والتى تسهم بدورها فى تشكيل الاتجاهات السلبية إزاءهم .

ويشير فتحى السيد عبد الرحيم (١٩٨٣ : ١٦٦) إلى أنه بغض النظر عن الخصائص الإيجابية لدى المعوق ، فإن الأفراد العاديين ينزعون إلى الاعتقاد بأنه ليس شخصا تاما ، وإنما تنقصه أشياء ضرورية ، وفى ظل هذا الافتراض فهم - أى العاديون - يمارسون أشكالاً مختلفة من التمييز والتعصب ، كما يستخدمون التسميات الدالة على الوصمة فى أساليب تواصلهم اليومي ، دون أن يفكروا فى معانيها ، ومضامينها الأصلية .

فضلا عن ذلك كله ، فإن من أهم ما يؤخذ على هذه التسميات أنها لاتفيدنا كثيرا فى تحديد نواحى القصور التربوية لدى أصحاب هذه الفئات ، ومن ثم تحديد الاحتياجات والخدمات التربوية الخاصة اللازمة لهم ، وبما يتماشى مع استعداداتهم ومقدراتهم وظروفهم الخاصة ، أى أنها تسميات قاصرة وغير فعالة بالنسبة للأغراض التعليمية والتربوية . لذا نادى بعض المتخصصين بتجنب التركيز على التسميات والتصنيفات لما يترتب عليها من تأثيرات سلبية على المعوقين ، وعلى إمكانية تحقيق الأهداف الأساسية للتربية الخاصة (Telford & Sawrey,1977) .

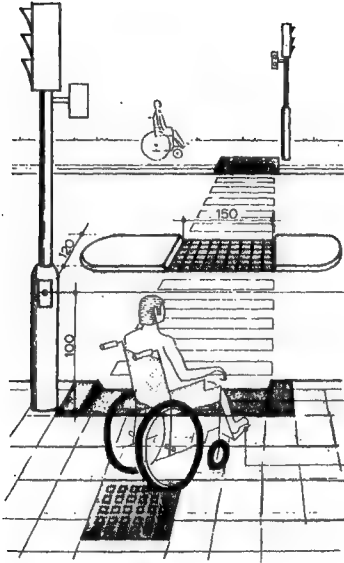
كما تعكس بعض التسميات - كالشواذ - فى أذهان العامة سوء فهم يتمثل فى أن من تطلق عليهم هذه التسمية من الناس يتميزون نوعيا qualitative عن غيرهم بخصائص أو صفات لها من الغرابة والشذوذ ما يستحيل معها فهمهم ، والتعامل معهم فى إطار المبادئ العامة الأساسية لعمليات التعلم وطرق التفكير وغيرها مما هو معمول به مع

ويجعلهم مختلفين عن غيرهم من العاديين . ومن ثم فإن مصطلح المعوقين لا يتضمن فى معناه جميع مظاهر الانحرافات كالتفوق العقلى والموهبة والإبداع ، وإنما يقتصر على الانحرافات السلبية دون غيرها .

من زاوية أخرى فإن من يفضلون استخدام مصطلح « المعوقين » أو « العَجَزَة » ربما يتخافون عن أن الفرد « المعوق أو العاجز » فى أحوال وظروف بيئية أو اجتماعية ، أو مدرسية معينة ، قد يكون - أو يصبح - أداؤه « عاديا » فى ظروف وأحوال أخرى مواتية لإشباع احتياجاته ، والعكس صحيح أيضا . فمن حيث ظروف البيئة المادية - مثلا - نحن نشيد مدارسنا ومؤسساتنا دون مراعاة لاحتياجات المكفوفين والمقعدين ، فأغلب سطوح تلك المباني زالقة ، وممراتها ضيقة ، وأرصفتها عالية و سلالها ذات حواف حادة ، ومنحدراتها شديدة مما يشكل عقبات وصعوبات جمّة بالنسبة لهم ، فيبدون أكثر عجزا من حيث مقدراتهم على الحركة ، على حين سيكون أفراد هذه الفئات أكثر مقدرة على الحركة العادية إذا ما راعينا فى تصميم تلك المنشآت احتياجاتهم الخاصة وظروفهم ، كأن تكون سطوحها وممراتها مقاومة للانزلاق وخالية من البروزات ، ومنحدراتها غير حادة ، و سلالها ذات حواف منحنية ، ومداخلها بدون أعتاب بارزة . (أنظر الشكلين ١ ، ٢) .

لهذه الأسباب جميعاً لجأ العلماء والباحثون إلى استخدام مصطلحات أخرى بديلة ، منها غير العاديين ، والفئات الخاصة Exceptional ، وذوو الاحتياجات الخاصة The Persons with Special Needs للإشارة إلى كل من ينحرف فى مستوى أدائه ، فى جانب أو أكثر من جوانب شخصيته ، عن متوسط أداء أقرانه العاديين ، إلى الحد الذى يتحتم معه - أو يصبح لازماً - ضرورة تقديم خدمات أو وجوه رعاية خاصة كالخدمات التربوية أو الطبية أو التأهيلية أو الاجتماعية أو النفسية .

وتتميز هذه المصطلحات أو التسميات بالاتساع والشمول من جانب ، وبالإيجابية من جانب آخر ، إذ تتضمن من النواحي العقلية المعرفية - مثلا - كل من المتخلفين عقليا ، والمتفوقين عقليا والموهوبين ، كما تنطوى على نظرة أكثر إيجابية للمعوقين من حيث أنهم فئات خاصة أو ذوو احتياجات خاصة ، يمكن أن يصبح أداؤهم عاديا - أو على الأقل قريبا من هذا المعدل - ، كما يمكن أن يصبحوا أكثر نشاطا وتفاعلا فى مجتمعهم ، وأكثر مقدرة على التحصيل والإنجاز والاستقلالية - قدر إمكاناتهم - إذا ما تم تهيئة بيئة



شكل (١) معبر للمشاة مصمم لمساعدة المعوقين على النزول من الرصيف وعبور الشارع في أمان ،
لأرض مرصوفة بمادة يسهل تمييزها ، والسطح مانع للإلتزاق ، والمنحدرات غير شديدة ، وهو يساعد
المعوقين حركياً على تسيير كراسيهم الخاصة ، كما يساعد العميان على تحديد نقطة العبور .

اجتماعية أسرية ، ومدرسية ، تتوافر لهم فيها الوسائل والأدوات والمصادر المناسبة لإشباع
احتياجاتهم الخاصة ، ولتنمية استعداداتهم إلى أقصى ما يمكنها بلوغه .

عادين ، وذلك تبعاً لطبيعة الحياة فيه ، وتبعاً لمستواه الثقافى ، وفى ضوء ما يراه من نتائج قد تترتب على ذلك الانحراف ، سواء تمثلت هذه النتائج فى مشكلات يمكن أن تواجه الفرد ذاته فى حياته ، وتشكل صعوبات بالنسبة للمجموعة التى يعيش فيها ، أم تمثلت فى وجود أفراد يرى المجتمع ضرورة الاستفادة بطاقتهم المتميزة بدرجة أكبر من غيرهم .

ويؤكد هذا المعنى ما ذكره " سوانسون " (Swanson,1979) من أن الانحراف عن المعيار العادى يشمل جميع الحالات التى تمثل انحرافاً جوهرياً أو دالاً عن المتوسط الذى يحدده المجتمع فى القدرات العقلية أو التعليمية ، أو الانفعالية أو الاجتماعية ، أو الحسية أو الجسمية ، بحيث تحتاج هذه الحالات إلى نوعية خاصة من المعارف والخدمات التى تمكنها من تحقيق أقصى ما تسمح به طاقتها ، وهكذا يتفق "سوانسن" مع عديد الفغار فى أن المجتمع هو الذى يحدد نوعية ، ومدى الانحراف الذى يوضع الفرد على أساسهما ضمن نطاق الفئات الخاصة .

من زاوية أخرى فإن مفهوم الانحراف غالباً ما تتباين وجهات النظر بشأنه تبعاً لاختلاف المجالات التخصصية التى تُعنى بذوى الاحتياجات الخاصة ، فما يُعدُّ انحرافاً يستلزم تدخلاً علاجياً من قبل الطبيب ، قد لا يُعدُّ انحرافاً له دلالتة بالنسبة للمربين أو الإخصائين النفسين أو لرجل القانون .

إذ يعنى التربويون - مثلاً- بنوعية ودرجة الانحراف التى تنشأ عندها احتياجات تعليمية تربية خاصة ، وتستلزم ترتيبات وأوضاع وممارسات تعليمية معينة لإشباع هذه الاحتياجات ، بينما يُعنى الأطباء أكثر من غيرهم بالأسباب والعوامل الطبية التكوينية والفيولوجية للانحراف ، والإجراءات الطبية العلاجية الملائمة .

ويعرف " كيرك " (Kirk,1972) من منظور تربية الطفل غير العادى بأنه من ينحرف عن الطفل العادى (المتوسط) فى الخصائص العقلية أو القدرات الحسية ، أو الخصائص العصبية أو العضلية أو الجسمية ، أو السلوك الاجتماعى والانفعالى ، أو مقدرات التواصل ، أو يعانى من جوانب قصور متعددة ، وذلك إلى الدرجة التى يحتاج عندها إلى تعديل فى البرامج التعليمية المعتادة ، أو إلى خدمات تعليمية خاصة لتحقيق أقصى حد من النمو تؤهله له استعداداته وطاقاته .

وتشتمل التعاريف سالفة الذكر على عدة جوانب أهمها :

١ - الانحراف عن المستوى العادي .

٢ - جوانب الانحراف عن المستوى العادي ومظاهره .

٣ - الخدمات الخاصة .

نتناولها فيما يلي بشيء من التفصيل :

أولاً : الانحراف عن المستوى العادي (المتوسط) ،

يذكر عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٧) أن العادي من الأشياء هو المؤلف منها ، وهو الشائع بين الناس ، أما غير العادي فهو ما اختلف عنه ، ولم يألفه الناس أو يتعارفوا عليه ، ومن ثم يندر حدوثه . لذا فإن الانحراف هو الخروج أو الشذوذ عما هو مألف أو معتاد ، سواء أكان هذا الانحراف سلبياً أم إيجابياً .

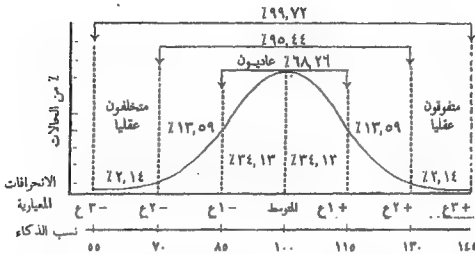
ومن المعلوم أن الأفراد لا يمتلكون أية خصيصة من الخصائص - كالطول أو الوزن - أو مقدرة من المقدرات - كالذكاء أو الإبداع - بمقدار متساوٍ ، وإنما يتباين نصيب كل منهم في كل خصيصة أو سمة أو مقدرة ، وهو ما يشير إليه مفهوم الفروق الفردية .

وطبقاً للافتراضات الإحصائية ، فإن هذه الخصائص أو السمات تتوزع على البشر بشكل اعتدالي ، فعندما نطبق اختباراً للذكاء كاختبار « وكسلر » مثلاً على عينة كبيرة ممثلة للمجتمع الذي تم سحبها منه تمثيلاً صحيحاً ، فإن توزيع درجات أفراد العينة سيأخذ شكلاً معتدلاً يطلق عليه المنحنى الإعتدالي أو الجرسى . حيث نجد غالبية الأفراد ٦٨.٢٦٪ - أى أكثر من ثلثي أفراد العينة تتركز معاملات ذكائهم حول المتوسط (١٠٠) وتتراوح بين ٨٥ و ١١٥ درجة .

وينحرف عن هذا المتوسط بقية الأفراد بنسب متويزة تتضاءل قيمها بشكل متساوٍ كلما اتجهنا يميناً أو يساراً ، إلا أن معاملات ذكائهم تأخذ في الارتفاع كلما اتجهنا يميناً ، وتتناقص كلما اتجهنا نحو الطرف الأيسر . ويطلق على المقدار الذي ينحرفون به عن المتوسط الانحراف المعياري (ع) وهو وحدة قياسية لتقدير مدى تشتت الأفراد عن المتوسط .

وطبقاً لذلك نجد ١٣.٥٩٪ من الأفراد تتراوح معاملات ذكائهم بين ١١٥ و ١٣٠

درجة ، ويثلون فئة مافوق المتوسط من حيث الذكاء ، يقابلهم بالنسبة نفسها أولئك الذين تقع معاملات ذكائهم دون المتوسط ٧٠ : ٨٥ درجة ، ثم نجد ١٤ . ٢٪ من الأفراد تمتد معاملات ذكائهم من ١٣٠ حتى ١٤٥ ، يقابلهم على الطرف الآخر من تتراوح درجاتهم بين ٥٥ و ٧٠ درجة ، وعلى أطراف المنحنى نجد ١٣ . ٠٪ من الأفراد وهم من يتمسحون بمعدلات ذكاء فائقة (١٤٥ فأكثر) ، يقابلهم على الطرف الآخر من تبلغ معاملات ذكائهم ٤٠ درجة فأقل وهم ذوي التخلف العقلي الشديد . (أنظر شكل : ٣)



شكل رقم (٣) التوزيع النظري لدرجات الذكاء على المنحنى الاعتيادي ، تبعاً لمقياس "بِكسِر" م (المتوسط) = ١٠٠ ، ح (الانحراف المعياري) = ١٥

واعتماداً على ذلك يكون العادي هو من يقع حول المتوسط ، بينما يُعد كل من ينحرف عن هذا المتوسط بانحرافين معيارين أو أكثر - سلباً أم إيجاباً - من الفئات الخاصة (١٣٠ فأكثر متفوق عقلياً ، ٧٠ فأقل متخلف عقلياً) .

ثانياً : جوانب الانحراف من المستوى العادي - المتوسط :

تتعدد جوانب الانحراف أو مظاهر الشذوذ عن المعيار العادي لتشمل أوجه التفوق أو القصور في الأداء الوظيفية للأفراد في نواحي ومجالات مختلفة جسمية وحركية ، وحسية ، وعقلية ، وتواصلية وأنفعالية ، وتوافقية ، وتعليمية أو أكاديمية ، وقد تختلف الثقافات والمجتمعات في نظرتها إلى هذه الجوانب والمجالات والأهمية التي توليها لكل

مجال ، ومن ثم تعددت التصنيفات التى قدمها الباحثون لذوى الاحتياجات الخاصة .
ويمكن حصر وتصنيف هذه الفئات حسب مجالات الانحراف عن متوسط أقرانهم
العاديين فى فئة أو أكثر من الفئات التالية :

١ - الانحرافات فى الجانب الجسمى والعصبى : Physical & Neurological

وتشمل هذه الفئة جميع الإعاقات الجسمية والنيورولوجية التى تمثل الحركة مشكلة
رئيسة لأصحابها ؛ كالمعوقين طرفيا Crippled or Orthopedically Handicapped من
أمثال المصابين بشلل نصفى أو كلى ، أو يبتتر أحد الأطراف أو أكثر ، أو شلل الأطفال
Poliomyelitis ، أو بوهن العظام أو ضمور العضلات .

كما تشمل هذه الانحرافات حالات الصرع Epilepsy والشلل المخى Cerebral
Palsy (العجز العصبى - الحركى) بجميع أنواعه التشنجية والارتخائية والتيبسية
والارتعاشية وغيرها ، وما قد يترتب عليه من مضاعفات واضطرابات أخرى عقلية
وحسية ، وإدراكية وعيوب نطق ، وتضم هذه الفئة أيضا بعض أوجه القصور الصحى التى
تؤثر سلبا على حيوية الأفراد ونشاطاتهم الحركية كالأزمات المزمنة ومنها أمراض القلب ،
والسرطان والجلد وغيرها .

٢ - الانحرافات فى الجانب الحاسى : Sensory

وتتضمن جميع أشكال الانحرافات فى الأجهزة الحسية المختلفة التى تمكنا من
استقبال المثيرات والتفاعل مع البيئة التى نعيش فيها ؛ كالسمع ، والبصر ، والتذوق ،
والشم ، واللمس ، وما يختص به من نشاطات جلدية (الإحساس بالتلامس ، وشدة
الضغط ، والداف ، والبرودة ، والألم) والحاسة الحركية Kinesthetic التى تمكن الفرد من
الإحساس بالوضع النسبى للجسم والأطراف أثناء الحركة ، وتساعد على التناغم الحركى
من خلال مستقبلاتها الموزعة فى العضلات والأوتار والمفاصل ، والحاسة الدهليزية
Vestibular ، وحاسة التوجه أو التوازن التى تعين المرء فى توجيه الرأس والجسم
وتوازنهما عند التحرك أو التنقل .

ويتفاوت الناس من حيث مدى كفاءة هذه الأجهزة الحسية فى استقبال المنبهات
والمثيرات التى يتم تحويلها إلى إحساسات متميزة كالأصوات والمرئيات والمذاقات والروائح

وغيرها . وعلى الرغم من تعدد مظاهر الانحراف داخل هذه الفئة من أمثال انعدام حاسة الشم Anosmia أو فقدان الحساسية للروائح ، وغيبية الحساسية للألم Analgesia ، إلا أن أكثر أنواع الانحراف دلالة وأهمية داخل فئة الانحرافات الحسية هي الإعاقة البصرية Visual Handicap (المكفوقون وضعاف البصر) والإعاقة السمعية Hearing Handicap (الصم وضعاف السمع) ، نظرا لما تمثله حاستا البصر والسمع من أهمية فى عمليات التفاعل مع البيئة الطبيعية والاجتماعية للإنسان ، وما يترتب على القصور فيهما من مشكلات سواء بالنسبة للمعوق ذاته ، أم بالنسبة للجماعة التى يعيش معها .

فنحن نحصل على الغالبية العظمى من معلوماتنا - حوالى الثلثين - عن طريق البصر ، كما يرتبط غونا اللغوى فى منشئه بحاسة السمع التى بدونها لاتشعر بالمشيرات الصوتية ، ومن ثم لا يمكننا تقليدها ، والمشاركة الإيجابية فى عملية اكتساب اللغة اللفظية كوسيلة للاتصال والتفاهم .

٣- الانحرافات فى الجانب العقلى - العصى Mental

وتشتمل على مجموعتين متباينتين هما : المتفوقون عقليا والموهوبون والمبدعون Gifted & Talented والمتخلفون عقليا Mentally Retarded ، وتضم الفئة الأولى ذوى معاملات الذكاء المرتفعة (١٢٠ أو ١٤٠ فأكثر) ، ذوى المعدلات التحصيلية المرتفعة ، والاستعدادات العقلية المرتفعة من حيث المقدرة على التفكير الإبداعى ، والقيادة الاجتماعية ، والمواهب العالية فى مجالات خاصة كالفنون التشكيلية والموسيقى والأدب واللغات ، والمهارات الميكانيكية .

كما تضم المجموعة الثانية أولئك الذين ينحرفون عن متوسط أقرانهم العاديين بمقدار انحرافين معيارين سالبين أو أكثر من حيث معاملات الذكاء ، وتشمل المتخلفين عقليا بدرجة بسيطة Mild (٦٩ - ٥٥) وبدرجة معتدلة أو متوسطة Moderate (٥٤ - ٤٠) وبدرجة شديدة Sever (٣٩ - ٢٥) وبدرجة حادة Profound (٢٤ - فأقل) ، وذلك طبقا لمقياس وكسلر للذكاء .

٤- الانحرافات فى الجانب الانفعالى - الاجتماعى Emotional - Social

وتشمل هذه الانحرافات الاضطرابات السلوكية التوافقية Adjustment Disorders

سواء أكانت انفعالية أم اجتماعية ، و تضم هذه الاضطرابات :

١ - الاضطرابات الانفعالية Emotional Disturbances

وأساسها الإحباطات والصراعات النفسية والقلق ، وتشمل الاضطرابات النفسية (العصاب) ومنها المخاوف المرضية ، والوساوس والسلوك القهرى ، والاضطرابات العقلية (الذهان) ومنها الفصام والاكتئاب الذهاني ، كما تشمل هذه الفئة الاضطرابات النفسجسمية Psychosomatic ، وهي اضطرابات تعبر عن التداخل والتفاعل بين الوظائف السيكلولوجية ، والوظائف الفسيولوجية ، إذ تؤدي فيها الضغوط الإنفعالية والصراعات النفسية والقلق الذى يعانيه الفرد إلى تبدلات عضوية ، وأعراض جسمية مرضية ، كما هو الحال فى قرحة المعدة ، والربو الشعبى ، والإمساك المزمن ، وضغط الدم ، والعقم ، والصداع النصفى ، والتهاب المفاصل الروماتيزمى .

ب - اضطرابات التوافق الاجتماعى Social Maladjustment

وتشمل جميع أشكال سوء التوافق التى تتعارض مع القواعد والمعايير الأخلاقية والاجتماعية ، وتخرج على الأعراف والقانون ، ومنها العنف والتعذيب ، والسلوك العسوانى والإجرامى ، وجناح الأحداث Juvenile Delinquency ، ومدمنى المخدرات .

٥ - اضطرابات التواصل Communication Disorders

ونعنى بها الإعاقة الكلامية واللغوية Speech & Language Handicapped التى تؤثر سلبيا على مقدرة الفرد التعبيرية ، وتعوق تواصله وتفاهمه للغير مع الآخرين ، وتتراوح هذه الاضطرابات بين فقدان المقدرة على النطق والتعبير اللفظى ، والعيوب البسيطة فى النطق . التى قد تكون مصاحبة لإعاقات أخرى كالتخلف العقلى والصمم ، أو غير مصاحبة كما هو الحال لدى بعض الأفراد العاديين . ويمكن تقسيم عيوب النطق والكلام وفقا للمظهر الخارجى لهذه العيوب كما يلى :

١ - التأخر فى مقدرة الأطفال على الكلام .

ب - احتباس الكلام أو فقدان المقدرة على النطق والتعبير (الأفيزيا Aphasia) .

ح - الكلام الطفلى Infant ، والكلام التشنجى Spastic ، واللغة الخاصة كما فى حالات الذهان .

د - اضطرابات الصوت كالتنّف والبهّة الصوتية .

هـ - عيوب طلاقة اللسان كاللجلجة أو التهته والعقلة .

و - اضطرابات النطق والتلفظ كإبدال والحذف والإدغام .

٦ - الصعوبات الخاصة فى التعلم Special learning Disabilities

تشمل صعوبات التعلم مجموعة متباينة من أشكال القصور أو العجز فى واحدة أو أكثر من القدرة على التفكير أو الانتباه ، أو تكوين المفاهيم أو التذكر أو الإدراك ، أو تعلم القراءة أو الكتابة ، أو النطق والكلام ، أو العمليات الحسابية ، أو الوظائف الحركية أو مهارات الاستماع وغيرها ، ومن ثم فهى تضم مجموعة واسعة من الأفراد غير المتجانسين الذين لا يتواءمون مع الفئات التقليدية المعروفة للدراسات الخاصة .

وعلى الرغم من أن هذه الصعوبات قد تكون مصحوبة فى بعض الأحيان بإعاقة ما حاسية أو عقلية ، أو مشكلات انفعالية ، إلا أنها - أى الصعوبات ذاتها - لا تنجم أساساً عن تلك الإعاقات ، وإنما تعزى إلى خلل ما فى الأداء الوظيفى للجهاز العصبى المركزى .

ويشير البعض إلى أن مصطلح الصعوبات الخاصة فى التعلم لا يضم من يعانون من صعوبات تعلم ناتجة أساساً عن إعاقة بصرية ، أو سمعية ، أو حركية ، أو عن التخلف العقلى ، أو الاضطرابات الانفعالية ، كما يستبعدون نواحى الحرمان الثقافى والبيئى والاقتصادى كأسباب رئيسة لهذه المشكلات (فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى ١٩٨٠ ، لنذا هارجروف وجيمس بوتيت ، ١٩٨٨) .

٧ - الانحرافات المتعددة Multi Handicapped

وتتضمن هذه الفئة الأفراد الذين لديهم انحرافات فى أكثر من جانب من جوانب الشخصية ، حيث يعانى البعض من الإعاقة البصرية والسمعية فى آن واحد ، أو التخلف العقلى المصحوب بقصور واضح فى المهارات الحركية أو اللغوية .

نالتا : الخدمات الخاصة :

يربط المتخصصون بين درجة الانحراف فى جانب الشخصية الذى تعدّه الجماعة ذات أهمية فى حياتها وفروها ، ويعد مصدرا لمشكلات تواجهها من جانب ، وضرورة توفير خدمات خاصة لمن لديهم هذا الانحراف من جانب آخر . وتختلف مستويات هذه الخدمات تبعا لنوعية الانحراف ودرجته ، وما يترتب عليهما من احتياجات مؤقتة أم دائمة ، وأولية ناجمة عن طبيعة القصور أو التفوق ، أم مصاحبة تنتج إما عن تأثير الانحراف ذاته على بقية جوانب الشخصية ، أو عن التفاعل مع المحيط البيئى ، والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين واتجاهاتهم نحو مظهر الإعاقة أم التفوق .

وتعنى الخدمات الخاصة عموما كل ما يستخدم ويقدم لذوى الاحتياجات الخاصة من تسهيلات وبرامج ومواد وأجهزة وأساليب رعاية صحية ، وتربوية وتعليمية ، ونفسية واجتماعية ، وتأهيلية ومهنية ، وثقافية وإعلامية ، وما يتخذ فى هذا الشأن من تشريعات وإجراءات وتدابير وترتيبات لتلبية احتياجاتهم وتنمية طاقاتهم واستعداداتهم المختلفة ومساعدتهم على تحقيق التوافق الشخصى والاجتماعى ، والتغلب على مشكلاتهم الشخصية والأسرية والمهنية ، وتمكينهم من ممارسة حياة اجتماعية طبيعية منتجة ، والمشاركة بحسب إمكاناتهم كمواطنين صالحين فى حياة مجتمعهم .

ويدخل فى إطار هذه الخدمات كل ما يقدم لأفراد هذه الفئات بصورة مباشرة أم غير مباشرة سواء من المؤسسات الرسمية الحكومية ، أم من الجمعيات والتنظيمات الأهلية غير الحكومية أو التطوعية .

ويمكن إجمال أهم المبادئ الواجب أخذها بعين الاعتبار ومراعاتها فى الخدمات الخاصة فيما يلى :

١ - الخدمات الخاصة حقوق أصيلة ومستتمة لذوى الاحتياجات الخاصة :

إن رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة حق أصيل مستمر كفلته الشرائع السماوية ، ومبادئ حقوق الإنسان فى المساواة وتكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع ، تمكينا لهم من تنمية ما لديهم من استعدادات بما يجعلهم قادرين على حماية وإعالة أنفسهم ، وعلى المشاركة الفاعلة فى الحياة الاجتماعية وتطوير مجتمعاتهم .

فالطفل الذى لديه إعاقة له حقوق الرعاية الصحية والتعليمية والاجتماعية والتأهيلية فى جميع مراحل نموه ، وله حق العمل والتوظيف فى مرحلة العمل ، وله حق تكوين أسرة بالزواج سالم يكن هناك حائلا يمنع ذلك ، وله حق الحياة والتمتع بكافة الحقوق المادية والاجتماعية والإدارية ، كما أن عليه كل واجبات المواطنة بقدر الاستطاعة وتحمل المسؤولية . (فاروق صادق ، ١٩٩٥ : ٥) جدير بالذكر أن تجاهل هذه الحقوق أو إغفالها لا يؤدي سوى إلى أن يدفع المجتمع الثمن باهظا عندما تزداد حالات أفراد هذه الفئات سوءا وتدهورا ، فيتحولون إلى طاقات معطلة غير مستثمرة ، ويصبحون عالة على ذويهم ومجتمعاتهم ، أو يكونون عرضةً للانحراف الاجتماعى .

إن كفالة حقوق الرعاية فى النواحي المختلفة لذوى الاحتياجات الخاصة لا ينبغى فهمها على أنها حقوق إنسانية قائمة على مجرد الشفقة والإحسان الذى تستثيره حالات عجزهم أو قصورهم ، ولكن لأن رعايتهم وتنمية استعداداتهم والاستغلال المحكم لمقدراتهم المتبقية وتوجيهها ، يجب أن تكون جزءاً لا يتجزأ من الخطة العامة لتنمية الموارد البشرية فى المجتمع ، فالعائد النفعى والاستثمارى من هذه الرعاية والخدمات لا يجنيه أفراد هذه الفئات فحسب ، وإنما يجنيه المجتمع ذاته أيضاً فى صورة مكاسب اجتماعية واقتصادية ربما فاقت أضعاف ما ينفق عليهم ، وذلك عن طريق إدماجهم فى البيئة الاجتماعية وكسر طوق عزلتهم ، وإطلاق طاقاتهم الإنتاجية ، ومشاركاتهم الإيجابية فى مختلف أوجه الحياة المعيشية ، وتمكينهم من الإسهام بدور بناء فى النواحي الاجتماعية والاقتصادية والسياسية فى مجتمع .

ولقد أكدت نتائج دراسة أمريكية تتعلق بمردود التربية الخاصة أن بإمكان المجتمع استرجاع كلفة التربية الخاصة للمعوق بنسبة ٣٥ مرة من إنتاجه فى بحر عشرة سنوات من حياته المنتجة ، كما أسفرت نتائج دراسة أجريت فى تونس أن بإمكان المعوق تعويض كلفة تربيته وإعداده بنسبة تتراوح بين ٩ و ١٦ مرة عن طريق إنتاجه (عبد الرزاق عمار ، ١٩٨٢) .

٢ - الخدمات الخاصة بخدمات متكاملة وشاملة :

تمثل الخدمات الخاصة مجموعة من الخدمات المتراصة المتكاملة Integrated والشاملة Comprehensive التى تستهدف مختلف جوانب شخصية ذوى الاحتياجات الخاصة

الجسمية ، والعقلية المعرفية ، والانفعالية والاجتماعية ، أى أنها تتناول كل شخصية الفرد ، وذلك لأن الآثار التى تترتب على الإعاقة غالباً ما تكون متعددة وفى نواحي مختلفة ، مما يستلزم خطة متكاملة من الخدمات المتنوعة لتجنب هذه الآثار ، أو الحد من مضاعفاتها ، كما تقدم هذه الخدمات أيضاً فى جميع مراحل العمر بدءاً من مرحلة الاكتشاف المبكر ، والتدخل بالرعاية المبكرة ، ومروراً بالمرحلة التعليمية التالية ، وعمليات التدريب والتأهيل والدمج الاجتماعى ، والرعاية اللاحقة فى سن الرشد بلوغاً إلى ممارسة هؤلاء الأفراد لأدوارهم فى سياق الحياة الاجتماعية كمواطنين لهم ما للآخرين من حقوق ، و عليهم ما عليهم من واجبات فى حدود ما تسمح به استعداداتهم .

ومن مظاهر التكامل فى هذه الخدمات أنها تعنى برعاية مهارات النمو الشخصى والاجتماعى والمهنى للفرد ، كما تتفق واحتياجاته فى كل من الأسرة والمدرسة والبيئة المحيطة ، ووسائل الإعلام والمؤسسات التأهيلية والتشغيلية ، وأن تعمل هذه المؤسسات جميعاً بما يحقق أفضل نمو صحى ممكن للفرد المعوق ، وأن تعمل هذه المؤسسات جميعاً بما يحقق أفضل نمو صحى ممكن للفرد المعوق .

٣- الخدمات الخاصة بعمل فريق Team work متعدد التخصصات :

تحتاج الفئات الخاصة إلى مجموعة من الخدمات التخصصية الشاملة فى النواحي الصحية والتربوية التعليمية ، والنفسية والاجتماعية ، والتأهيلية والمهنية ، والثقافية والإعلامية التى تضمن لأفراد هذه الفئات فرص النمو المتكامل والمتوازن ، والاندماج فى المجتمع . ومن ثم فهى مسئولية فريق متكامل من الأطباء والمرضى والفنيين ، والمعلمين والإخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، والمدربين المهنيين ، وإخصائيو التأهيل والتخاطب والوالدين وغيرهم .

ويتولى أعضاء هذا الفريق الدراسة الدقيقة لمظاهر النمو المختلفة لدى الطفل ، والتقييم التشخيصى الشامل لحالته Comprehensive Assessment ، متضمناً تقدير احتياجاته الصحية والنفسية ، والتعليمية والتدريبية والتأهيلية ، وتحديدتها ، ثم تخطيط البرنامج العلاجى أو التعليمى أو التدريبى أو التأهيلى المناسب لإشباع هذه الاحتياجات ، وتنفيذه وتقييمه ومتابعته ، وذلك بحسب اختصاصات كل عضو داخل الفريق .

ومن الضروري أن يؤدي هذا الفريق عمله على أسس من الربط والتنسيق والتكامل ، وتبادل الخبرات والمعلومات في مراحل تشخيص الحالات وتقييمها ، ووضع خطط الرعاية وبرامجها ، وتنفيذها ومتابعتها ، والتقييم المستمر لها ، وتعديلها بما يتفق مع احتياجات المستفيدين منها ، كما يجب أن يتمتع هذا الفريق بروح العمل الجماعي والتعاوني .

٤- وجود كفالة الخدمات الخاصة في وقت مبكر من عمر الطفل :

بعد التشخيص أو التعرف المبكر Early Identification ، والتدخل المبكر Early In-tervention من أهم معالم الاتجاهات الحديثة التي ظهرت مؤخراً ومنذ أوائل الستينيات من القرن العشرين في ميدان رعاية الفئات الخاصة . وهما عمليتان مرتبطتان أو ثقت الارتباط ، فالتشخيص هو أحد مكونات أو خطوات عملية التدخل ، وبدونه لا يمكن التحويل إلى الخدمات المناسبة للحالة ، ورسم الخطط والبرامج التدخلية اللازمة .

ويعنى التشخيص أو التعرف المبكر كل ما يبذل من جهد من قبل المتخصصين بهدف اكتشاف وتحديد أوجه الخلل أو القصور - سواء في الطفل أم في بيئته أم في كليهما - التي قد تؤدي إلى صعوبات أو مشكلات فئوية حالية أم مستقبلية ، ونجد من مقدرة الطفل على القيام بوظيفة أو أكثر من الوظائف الأساسية اللازمة للحياة اليومية ، والتوافق بمستوياته ومجالاته المختلفة .

كما يعنى التدخل المبكر تلك الإجراءات الهادفة المنظمة المتخصصة التي يكفلها المجتمع بقصد منع حدوث الإعاقة أو الحد منها والحيولة دون تحولها إلى عجز معقد دائم ، وتفادي الآثار السلبية والمشكلات التي يمكن أن تترتب على ما يعانيه الطفل من خلل أو قصور في جوانب نموه وتعلمه وتوافق ، أو التقليل من حدوث هذه الآثار ، وحصرها في أضيق نطاق ما أمكن ذلك .

ومن أهم أشكال التدخل المبكر الإجراءات الوقائية الأولية ضد مسببات الإعاقة ؛ كأخطار الحمل والولادة والحوادث ، والأمراض من قبيل شلل الأطفال والحصبة الألمانية والتراكم ، وسوء التغذية ، والأمراض الوراثية . وكفالة الرعاية الطبية والتغذية السليمة للأمهات قبل الولادة وأثنائها وبعدها ، والتصدي للأمراض المزمنة والمعدية ، والعناية ببرامج الصحة الوقائية والنفسية والبيئية ، ومنع التلوث ، ونشر التعليم ، والتوسع في الخدمات الاجتماعية ، وتعزيز إجراءات الأمن والسلامة والحماية من الأخطار في بيئات

العمل لا سيما المصانع والورش والمناجم والصناعات الكيماوية والمحطات النووية ... وغيرها ، والفحوص الطبية المبكرة للمواليد .

كما يشمل التدخل المبكر الإجراءات العلاجية التي تتخذ في السنوات الأولى من العمر بهدف إزالة العجز أو خفض درجته ، والبرامج التعويضية والتربوية التي من شأنها بناء بدائل لأوجه العجز والقصور التي يتعذر تصحيحها ، وكذلك البرامج الإثرائية التي تستهدف تنشيط واستثمار ما يتمتع به الطفل من استعدادات فعلية للنمو في مختلف النواحي ، إضافة إلى الجهود التي تبذل بهدف الحفاظ على ما اكتسبه الطفل من مهارات نتيجة هذه الإجراءات والبرامج .

جدير بالذكر أن مجالات التدخل المبكر لا تقتصر على النواحي الصحية والنفسية والسلوكية والاجتماعية والتعليمية للطفل فحسب ، وإنما تشمل أيضاً العديد من أشكال الدعم الاقتصادي والاجتماعي والعاطفي والتدريبي والإرشادي لأسرته بهدف تحسين نوعية حياتها ، وزيادة كفاءتها في تفهم مشكلات الطفل واحتياجاته ، وتهيئة بيئة أسرية مستقرة ومعززة وداعمة لنموه الحاسي - الحركي ، والانفعالي - الاجتماعي ، واللغوي ، والعقلي - المعرفي .

وما يزيد من أهمية التدخل المبكر وجدواه سواء بالنسبة للأطفال المعوقين أم المعرضين للخطر High Risk Children من ينشأون في بيئات مشبعة بعوامل الحرمان الاقتصادي والصحي ، والعاطفي والاجتماعي والثقافي ، أن تفتح الطفل على ما يحيط به ، وطواعيته في التشكيل ، وقابليته للنمو والتعلم مما يتعرض له من خبرات هادفة ، تكون في ذروتها خلال سنى الطفولة الأولى ، مما يجعل لهذه الخبرات - إن أتيحت من خلال برامج التدخل الوقائي والعلاجي المبكر في المجالات المختلفة - تأثيرات إيجابية على حالته الراهنة واللاحقة ، وقوائد شبه مؤكدة بالنسبة له ولأسرته .

وتشير ليلي كرم الدين (١٩٩٤: ٣٠) إلى أنه يمكن للرعاية المبكرة أن تخفف من المضاعفات والمشكلات المترتبة على الإعاقة ، والتي تتراكم آثارها مع زيادة العمر الزمني للطفل ، وإلى أن تأخير تقديم هذه الرعاية بكافة أشكالها ، وعدم تقديمها خلال الفترة الحرجة للنمو النفسي للطفل ، قد يجعلها عبءاً الفائدة والجدوى بالنسبة له .

وتتقد فترة الاكتشاف والرعاية المبكرة لتغطي مرحلة الحمل وأثناء الولادة حتى مرحلة ما قبل المدرسة ، وربما يسهل خلال هذه الفترة الكشف المبكر عن الإعاقات الحادة والشديدة كالعمى والصمم ، إلا أن الإعاقات المتوسطة والبسيطة - كالتخلف العقلي الخفيف وصعوبات التعلم والاضطرابات العاطفية - تعوز جهداً أكبر ووقتاً أطول ومتخصصين على درجة عالية من المعرفة والمهارة لإكتشافها ، كما تمتد أيضاً فترة الكشف والرعاية المبكرة إلى فترة ما قبل الزواج عن طريق إجراء الفحوص والاستشارات الوراثية للراغبين فى الزواج لا سيما من الأقارب ، وخلال فترة الحمل بالفحص الطبى الدورى للأم الحامل بغية الاكتشاف المبكر للعوامل المهددة لصحة الجنين وسلامة نموه ، ورعاية صحة الأم والجنين .

وتستلزم عملية التدخل المبكر مع الأطفال المعوقين والمعرضين للخطر عدة مراحل أو إجراءات لعل من أهمها :

أ - المسح أو الفرز الأولي Screening للحالات المعرضة لمخاطر الإعاقة ، وكذلك التى يُشك أنها تعاني من خلل أو قصور ما ، أو التى يكون أداؤها الوظيفي أقل من المستويات المتوقعة فى ضوء معايير النمو العادية .

ب- التشخيص أو التقييم الشامل والدقيق Assessment لحالة الطفل ، وتقدير مواطن قوته وضعفه ، وتحديد نوعية ودرجة القصور الذى يعانيه ، وذلك بواسطة الإخصائيين ، وباستخدام وسائل التقييم الدقيقة والمتنوعة والمناسبة .

ج- تحديد الخصائص البيئية الأسرية للطفل .

د - تقدير وتحديد الاحتياجات الخاصة والعامة لكل من الطفل وأسرته من الخدمات الخاصة .

هـ- تحديد أهداف التدخل ، والإحالة المناسبة أو التسكين Placment فى مكان الخدمة الملائم لاحتياجات الطفل .

و - تخطيط البرنامج الفردى والنشاطات الجماعية الملائمة Programing فى ضوء احتياجات الطفل وأسرته .

ز - التقييم المرحلى والمستمر Evaluation للوقوف على مدى فاعلية برنامج التدخل ، ومتابعته .

5- وجوب الرعاية الخاصة للإعاقات البسيطة كوجوبها للإعاقات الشديدة ؛

يشكل ذوو الاحتياجات الخاصة نسبة تتراوح ما بين ٧ و ١٠٪ ضمن أى قطاع سكاني ، وربما تزيد هذه النسبة إلى ما هو أعلى من ذلك فى البلدان النامية والفقيرة ، ويمثل ذوو الإعاقات البسيطة أو الخفيفة الغالبية العظمى من هذه النسبة إضافة إلى الحالات البينية Borderline ، ومع أن أصحاب الإعاقات البسيطة والحالات البينية ؛ كالمضطربين انفعالياً ، وبطئو التعلم وذوى الإعاقة العقلية البسيطة ، يقاسون العديد من المشكلات النفسية والتعليمية والاجتماعية المشتركة فى معظمها ، ويعدون من أكثر الفئات استعداداً للإستفادة مما يمكن أن يقدم لهم من خدمات ، إلا أنهم أقل حظاً - من حيث برامج الرعاية الواجب تخصيصها لهم - من أقرانهم ذوو الإعاقات الشديدة أو الكلية ، وغالباً ما يتركون دون رعاية .

ومن المعلوم أن عدم كفاءة الخدمات التى تلبي احتياجاتهم غالباً ما يؤدي إلى زيادة مضاعفات إعاقاتهم ومنها القصورات الوظيفية وتدهور أوضاعهم النمائية ، وبالتالي تضخم حجم مشكلة الإعاقة ، بينما يؤدي التكبير فى اكتشاف هذه الحالات ، وتوفير فرص رعايتها من قبيل توفير المعينات السمعية والبصرية ، والأجهزة التعويضية ، والخدمات العلاجية والتعليمية والتدريبية المبكرة ، إلى تقليل الآثار السلبية للإعاقة على مظاهر غوهم وتحسين حالاتهم ومفهومهم عن ذاتهم ، وزيادة مقدراتهم على التوافق الشخصى والاجتماعى . وقد يعامل ذوو الإعاقات البسيطة - من حيث الخدمات التربوية والتعليمية مثلاً - معاملة ذوى الإعاقات الكلية على الرغم من أنه يلزمهم أساليب ومواد تعليمية أخرى مختلفة عن تلك التى تستخدم مع أقرانهم من ذوى الإعاقات الكلية أو الشديدة ، فالعميان مثلاً يعتمدون فى تعليمهم القراءة والكتابة على استخدام حاسة اللمس والمواد التعليمية الخاصة البارزة ، بينما يعتمد ضعاف البصر على استغلال واستثمار ما تبقى لديهم من حاسة الإبصار سواء باستخدام المعينات البصرية أم بدونها فى قراءة مواد تعليمية مطبوعة بأحرف كبيرة الحجم .

كما قد يوضع ذوو الإعاقات البسيطة مع العاديين دون كفاءة التكيفات أو

الترتيبات التعليمية اللازمة لإشباع احتياجاتهم ؛ كإعادة تكيف البرامج والأنشطة التعليمية بما يسمح لكل منهم بالتعليم والنمو لأقصى حد ممكن فى الفصول العادية ، وتفريد التعليم ، وتطبيق مداخل واستراتيجيات تدريسية ونظم تحفيز وتعزيز متنوعة تنسجم مع خصائصهم وتلائم احتياجاتهم أثناء عرض الدروس ، ووجود غرف مصادر ، ومعلمين مؤهلين للتعامل مع مشكلاتهم التربوية والسلوكية ، وكذلك معلمين استشاريين وزائرين يساعدون فى وضع الخطط والبرامج التربوية لهم ، وعلاج الصعوبات التعليمية التى يواجهونها .

٦- استنفار المشاركة الشعبية وتحقيق التكامل بينها والجهود الحكومية :

تعزز الخدمات الخاصة جهوداً كبيرة ونفقات باهظة . ويشير فاروق صادق (١٩٨٨) : (٥٨) إلى أن الطفل غير العادى يتكلف على الأقل من ثلاثة إلى ثمانية أضعاف تكلفة تعليم الطفل العادى فى المدرسة العادية ، إضافة إلى مستلزمات إنشاء الفصول ، وكلفة الأجهزة التعويضية وأوجه النشاط ، وإلى أن العائد من تعليم غير العاديين قد يكون غير مجزٍ بالمفهوم الاقتصادى المباشر - عدا المتفوقين عقلياً والموهوبين - أما على الأمد الطويل فإن التعليم يحمى المعوقين من الانحراف ويفتح لهم سبل الرزق .

وفى ضوء ما يستلزمه تعدد مظاهر رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة من نفقات طائلة فى المجتمعات النامية خاصة ، فإن الحاجة تبدو ملحة لمساندة الجهود الحكومية فى هذا المجال بمشاركة شعبية واعية وهادفة ومنظمة من قبل الجمعيات الأهلية فى المجتمع المحلى ، وأصحاب رؤوس الأموال ، والمصانع والورش ، وإلى الإفادة من المتطوعين بصورة منهجية بعد تدريبهم وصقل مهاراتهم للعمل فى مؤسسات المعوقين وخدمة الميدان ، إضافة إلى أهمية التنسيق والتكامل بين الجهود الشعبية والحكومية لتحقيق أقصى كفاءة لها من ناحية ، وأقصى عائد ممكن منها من ناحية أخرى .

٧- الدعم الأسرى والمشاركة الوالدية :

كما تؤثر الإعاقة فى الطفل فإنها تؤثر أيضاً فى حياة أسرته ، وتؤدى إلى شعور الوالدين بالصدمة وبخيبة الأمل والإحباط ، والإحساس بالذنب والقلق وعدم السيطرة ، وتلقى بظلالها على الجو والمناخ الأسرى فتؤثر سلبياً فى بناء العلاقات والتفاعلات بين الطفل المعوق وأفراد أسرته ، نظراً لمحدودية قدرته على النمو والتطبيع الاجتماعى من

جانب ، وكذلك لصعوبة التفريغ الكامل من قبل الوالدين أو أحدهما لرعايته من جانب آخر ، كما يؤدي ميلاد طفل معوق في الأسرة إلى إرباك حياتها وربما إلى تصدعها .

وغالباً ما يعجز الوالدان عن مواجهة مشكلات طفلهما المعوق بطريقة واقعية وموضوعية لعدم معرفتهما الكافية ووعيها بحالته واحتياجاته ، وفقدانهما الكفاءات والمهارات اللازمة للتعامل معه ، إضافة لما قد يشوب ردود أفعالهما نحو الإعاقة من سلبية ؛ كالنكران والإهمال ، أو النبذ والكرهية ، أو التدليل والحماية المفرطة ، أو الركون إلى تفسيرات ووسائل بدائية غير مجدية في معالجة الموقف .

ويستلزم ذلك ضرورة تضمين رعاية الوالدين وإرشادهما ومشاركتهما كأهداف أساسية لا ينبغي إغفالها في برامج الخدمات الخاصة ، وذلك لما لهذه المشاركة من دور هام في حياة الطفل ، وفي إنجاح تلك البرامج . ومن وجوه ذلك علاج الوالدين جنباً إلى جنب مع الطفل ذاته ، لتعديل سلوكهما الشخصي وتوقعاتهما عن سلوك الطفل ، وإزالة عوامل التوتر وعدم الانسجام في المحيط الأسري ، ومنها أيضاً تعليم الوالدين وتدريبهما وإرشادهما ، لتحريكهما من الحالة السلبية والشعور بالعجز والقلق إلى المشاركة الإيجابية والمؤثرة في رعاية طفلهما ، بدءاً من تطوير مهارتهما في مجرد ملاحظة سلوكه ، وتعلم طرق جديدة مثمرة في التفاعل والتعامل معه ، ووصولاً إلى مشاركتهما البناءة في اتخاذ القرارات بشأن حالته ، وتصميم الواجبات التعليمية اللازمة له ، ومواصلة تدريبه ، وتعديل أنماط سلوكه أثناء تواجده في البيئة المنزلية بالتنسيق والتعاون مع بقية الإخصائيين .

من زاوية أخرى فإن إشراك الوالدين في برامج رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يعد أمراً لازماً لتحقيق التكامل والفاعلية لهذه البرامج ، نظراً للدور الحيوي الذي تلعبه الأسرة في التنشئة الاجتماعية للطفل ورعاية جوانب نموه من جانب ، وضرورة التنسيق والاتساق بين ما يستخدم من أساليب وطرق خاصة في تربية الطفل وتعليمه وتأهيله داخل المدارس والمؤسسات ، وما يشيع من أنماط تفاعل اجتماعي وأساليب معاملة في المحيط الأسري والمواقف المجتمعية من جانب آخر.

ومن بين الإجراءات التي تكفل تنشيط دور الوالدين ومشاركتهما في رعاية الطفل المعوق ما يلي :

- أ - توعية الوالدين صحياً وثقافياً وإعلامياً بأهمية الكشف والتعرف المبكر على حالات الإعاقة لدى أبنائهم ، وتنمية مهارتهما للمشاركة فى برامج التدخل المبكر .
- ب- توفير برامج إرشادية أسرية لمساعدة الوالدين على تجاوز صدمة الإعاقة ، وتبنى اتجاهات والدية موجبة نحو طفلهما المعوق ، وتجنب الاتجاهات السلبية ؛ كالإنكار والرفض والأسى و إسقاط اللوم ، وتدنى مستوى التوقعات الوالدية عن الطفل .
- ج- تعريف الوالدين بطبيعة إعاقة الطفل ، والمشكلات والاحتياجات المترتبة عليها .
- د- تدريب الوالدين على كيفية مساعدة الطفل والتواصل معه ، وإشباع احتياجاته الخاصة ومساعدته على النمو المتكامل والمتوازن ، معتمداً على نفسه ومعترزاً بها .
- هـ- إكساب الوالدين المهارات اللازمة للمساهمة فى تهيئة الطفل للإلتحاق بالمدرسة ، والمشاركة فى تعليمه ومحاولة تعديل سلوكه فى إطار البيئة الأسرية .
- و- تعريف الوالدين بالخدمات المتاحة للطفل المعوق فى البيئة المحلية وكيفية الاستفادة منها .
- ز- إدماج الوالدين فى البرنامج التعليمى والتأهيلى للطفل ليكون دورهما مكملاً لدور المدرسة أو المؤسسة ومتسقاً مع أهدافها .

الفصل الثاني التربية الخاصة

في مفهوم التربية الخاصة .

أهداف التربية الخاصة ومجدها .

– أهداف التربية الخاصة .

– محددات التربية الخاصة .

– نوع الانحراف .

– مستوى الانحراف (درجته)

– شريد التعليم

– المشاركة الجماعية

في استراتيجيات التربية الخاصة ونظمها .

– النظام الفردي

– النظام الإدماجي

برامج التربية الخاصة ومستويات خدماتها .

العمل الفردي المتعدد التخصصات والتربية الخاصة

– الوالدان – معلم الفئات الخاصة .

– الإخصائي النفسي – الإخصائي الاجتماعي .

– الطبيب – إخصائي الكلام والتخاطب .

– إخصائي التدريب والتأهيل .

في مفهوم التربية الخاصة

تبين لنا مما سبق تعدد مظاهر وجوانب رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة ؛ كالخدمات الصحية والطبية ، والنفسية والاجتماعية ، والتأهيلية والمهنية ، والثقافية والإعلامية ، والتربوية والتعليمية أو ما يطلق عليه بالتربية الخاصة .
فما هي التربية الخاصة ، وما أهدافها ، وما هي استراتيجياتها ومستويات برامجها ؟

يفترض بشكل عام - من منظور تربوي - وجود فروق فردية بين الناس ، وأن لكل متعلم - طفلاً كان أم راشداً - احتياجات تربوية معينة ، يختلف فيها عن بقية أقرانه ممن هم في مثل عمره الزمني ، وهو ما يستلزم تفريد عملية التدريس Individualized teaching بما يتلاءم مع هذه الفروق ، وتلك الاحتياجات ، وتقديم المواد والمهام التعليمية ، وتكييف طريقة التدريس وتنوع المواقف التعليمية وأساليب الشرح والتوجيه ، بما ينسجم مع استعدادات التلاميذ ومقدراتهم التعليمية ، وبحسب سرعاتهم الخاصة .

هذه الاحتياجات قد تظل في نطاق « العادية » طالما أمكن مواجهتها وإشباعها داخل الفصل الدراسي العادي ، وعن طريق المعلم العادي بالنسبة للطفل دون حاجة إلى منهج خاص أو مفرد ، أو إلى تعديلات جوهرية في ظروف البيئة التي يحدث فيها التعلم وتتم عملية التربية .

بيد أن تلك الاحتياجات الخاصة تبدو أكثر جلاءً وإلحاحاً لدى أولئك الأفراد الذين ينحرفون بالنسبة لأقرانهم العاديين في جانب أو أكثر من جوانب شخصياتهم بحيث يعجزون عن مسايرة المناهج والطرق التي تستخدم مع العاديين ، وتحقيق الاستفادة القصوى المرجوة منها ، أو بمعنى آخر تعجز تلك المناهج والطرق عن تلبية احتياجاتهم ، وتكون غير ملائمة بالنسبة لاستعداداتهم المنخفضة أو العالية ، ومن ثم يستلزم الأمر تدخلاً وترتيبات أو تدابير خاصة لإجراء بعض التعديلات بالحذف أو بالإضافة أو بكليةما على محتويات المناهج والخبرات التعليمية ، و بيئة التعلم والأساليب التدريسية المعتادة لتكييفها بحيث تصبح أكثر ملائمة للاحتياجات التربوية المترتبة على هذا الإنحراف ، وذلك في ضوء التقييم الدقيق لهذه الاحتياجات .

وقد أكد فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى (١٩٨٠ : ٣١) أن قدر التربية الخاصة ونوعها الذى يحتاج إليه الطفل العادى يعتمد على عدة عوامل من أبرزها درجة التباعد بين نموه ونمو الطفل العادى ، والنمط النمائى للطفل مقارنة بزملائه ودرجة التباعد فى مظاهر النمو داخل الطفل ، وأثر العجز على المجالات الأخرى للتحصيل .

وأشار تقرير لجنة وارنوك (Warnock,1978) والتى شكلها البرلمان البريطانى لمراجعة أساليب رعاية الأطفال والشباب ومشكلات التربية الخاصة فى المجلترا إلى أن الاحتياجات الخاصة تتطلب توفير وسائل خاصة تمكن الطفل من الاستفادة القصوى من المنهج ، وذلك عن طريق أجهزة وتسهيلات ، ومصادر خاصة وتعديلات معينة فى البيئة الفيزيائية وأساليب التدريس ، كما تتطلب توفير منهج خاص أو معدل ، واهتمام خاص بالبناء الاجتماعى والجو الانفعالى الذى تتم فيه عملية التربية .

جدير بالذكر أن تلك الاحتياجات الخاصة قد تكون دائمة أى مستمرة طوال حياة الطفل ، وقد تكون مؤقتة ، كما تنجم عن طبيعة العجز أو التفوق لدى الطفل ، إضافة إلى اتجاهات المحيطين به نحو مظاهر انحرافه ، وإلى المشكلات والصعوبات التى يواجهها فى بيئته .

ويشير فاروق صادق (١٩٨٨ : ٥٢) إلى أن التربية الخاصة هى ذلك الجزء من الحركة التربوية السائدة فى المجتمع ، والموجهة إلى الأطفال غير العاديين الذين يحتاجون إلى خدمات تعليمية خاصة تمكنهم من تحقيق نموهم ، وتأكيد ذواتهم ، وتؤدى فى النهاية إلى تكاملهم مع العاديين فى المجتمع لكى نحقق لهم أكبر قدر ممكن من استثمار إمكاناتهم المعرفية والاجتماعية والانفعالية والمهنية طوال حياتهم ولصالح المجتمع .

كما أوضح " برينان " (١٩٩٠) أن التربية الخاصة تمثل الجمع ما بين المنهج والتدريس والظروف التعليمية الضرورية من أجل تلبية احتياجات الفرد التربوية الخاصة بطريقة مناسبة وفعالة ، وقد تشكل هذه الاحتياجات كل المنهج أم جزءاً منه ، كما قد يتم إشباعها بطريقة فردية أو بربطها مع أشياء أخرى ، وقد تشكل كل الحياة الدراسية للفرد أو جزءاً منها ، وأن التربية الخاصة ينبغى أن تفهم فى إطار واحد أو أكثر من المحركات التالية :

١ - التأهيل الفعال والمناسب للمدرسين والخبرة الكافية أو كلاهما معا ، بشكل شامل أو لجزء من الوقت .

- ٢ - التدريب الفعال والمناسب لبقية الإخصائيين بشكل شامل أو لجزء من الوقت .
- ٣ - بيئة تربوية وفيزيائية تشمل الوسائل والمعينات والمواد والأدوات والمصادر الضرورية المناسبة للاحتياجات الخاصة للطفل .

التربية الخاصة إذن هى نوعية متخصصة من الخدمات تشير إلى سائر الخدمات التربوية غير المعتادة التى تستخدم فى إطار العملية التعليمية متضمنة التعديلات التى يتم إدخالها على المنهج التعليمى العادى - بكامله أو فى جزء منه - ليلائم طبيعة انحراف كل فئة من الفئات الخاصة من حيث نوعيته - إيجابيا كان أم سلبيا - ودرجة شدته - بسيطة أم متوسطة أم حادة - ولمواجهة الاحتياجات التربوية والتعليمية الناجمة عن هذا الانحراف بطريقة مناسبة ، ولتمكين المعلمين من القيام بدورهم بفاعلية مع كل فئة . كما تتضمن الوسائل اللازمة التى تمكن الفئات الخاصة من الاستفادة القصوى من هذا المنهج كالأجهزة و الأدوات والمصادر التعليمية ، وأساليب التدريس والتعديلات فى البيئة الفيزيائية والمرافق ، والمعلمين والإخصائيين الذين يؤهلون للعمل مع ذوى الاحتياجات الخاصة .

ويدرج بعض الباحثين (Halahan & Kauffman,1982) تحت مفهوم التربية الخاصة - بالإضافة إلى ما سبق ذكره - خدمات أخرى غير تعليمية مساندة ومكملة للخدمات التعليمية الخاصة ، ومنها وسائل الانتقال الخاصة بالعوقين ، والخدمات الطبية والصحية والنفسية والإرشادية والاجتماعية والتأهيلية ، كما يرى عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ (١٩٨٥) أن التربية الخاصة هى ذلك التنظيم المتكامل الذى يضم جميع الخدمات التى يمكن للمدرسة أن تقدمها للطفل غير العادى ، وتشمل هذه الخدمات الجوانب التعليمية والاجتماعية والنفسية والصحية .

على هذا الأساس فالطفل الأعمى مثلا يمكنه تعلم القراءة والكتابة وفق المنهج الدراسى العادى ، ولكن باستخدام وسائل وأساليب تربوية خاصة تتفق مع طبيعة إعاقته واحتياجاته ، مثل طريقه « برايل » تحت إشراف معلم متخصص ، كما أن الطفل ضعيف الإبصار يمكنه ذلك أيضاً إذا ما استخدمت معه كتب ومواد تعليمية خاصة مطبوعة بأحرف كبيرة الحجم بما يتفق ودرجة إبصاره وإذا ما تعلم وشُجِع على استخدام ما تبقى لديه من درجة إبصار بشكل فعّال ، والطفل الأصم يمكنه تعلم التواصل مع الآخرين بطريق خاصة تختلف عما يتبع مع أقرانه العاديين من خلال تدريبه على لغة الإشارات اليدوية

والجسمية ، وقراءة حركة الشفافة ، كما يمكن تزويد ضعيف السمع بأجهزة معينة سمعية لاستغلال ما يتمتع به من درجة سمع والعمل على تدريبه سمعيا ولغويا ، وتصويب ما قد يترتب على ضعف سمعه من اضطرابات فى النطق والكلام على أيدي معلمين متخصصين فى هذا المضمار وهكذا .

أهداف التربية الخاصة ومحدداتها

تعمل التربية الخاصة على مستويين هما :

١ - المستوى الوقائى - الوقائى :

ويعنى فيه بكفالة الإجراءات اللازمة لمنع حدوث الإعاقة ، وتهيئة الظروف التى تحمى الطفل من التعرض لمسبباتها المختلفة ، وتحقيق سلامته الجسمية والجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية ، ويسهم فى هذا المستوى الأولى من الوقاية الأطباء ومؤسسات ومراكز رعاية الطفولة والأمومة ومكاتب الصحة ومؤسسات الإعلام ومعلمات ومشرفو دور الحضانه .

كما يعنى فى هذا الصدد بالجهود المنظمة التى من شأنها الكشف المبكر عن نقائص النمو والاضطرابات والإعاقات والتدخل للتخفيف من شدة تأثيرها ، والحد من القصور الوظيفى المرتبط بها على الطفل ، والعمل على تجنب الظروف التى يمكن أن تؤدى إلى تطور الإعاقة ، وتفاقم المشكلات الناتجة عنها بحيث لاتتدهور حالة الطفل إلى أبعد من الحد الذى وصلت إليه من ناحية ، ويتم الحفاظ ما أمكن ذلك على مآله من إمكانات واستعدادات فعلية يمكن تنميتها واستثمارها فيما بعد من ناحية أخرى .

٢ - المستوى العلاجى - العلاجى :

حيث تهدف الجهود العلاجية إلى إزالة القصور أو العجز فى المجالات الوظيفية المختلفة ، أو خفضه والتخفيف من حدته ، أو التعويض عنه ببناء بديل لهذا القصور أو ذلك العجز حالما يعتذر إزالته أو تصحيحه كاستخدام نظام " لويس برايل " فى الكتابة والقراءة بالنسبة للعميان ، ولغة الإشارة مع الصم .

كما تستهدف الجهود الإنمائية فى هذا المستوى من الخدمات استغلال وتنمية واستثمار كل ما يتمتع به الفرد المعوق من طاقات واستعدادات لبلوغ أقصى ما يمكنها الوصول إليه من نمو .

أهداف التوجيه الخاصة :

يمكن إجمال أهداف التربية الخاصة عموماً فيما يلي :

١ - تحقيق الكفاءة الشخصية : Personal Competency

وتعنى مساعدة الفرد ذى الاحتياج الخاص على الحياة الاستقلالية والاكتفاء والتوجيه الذاتى والاعتماد على النفس ، وتمكينه من تصريف شؤونه الشخصية والعناية الذاتية بدرجة تتناسب وظروفه الخاصة بحيث لا يكون عالة على الآخرين ، وذلك بتنمية إمكاناته الشخصية واستعداداته العقلية والجسمية والوجدانية والاجتماعية .

وقد تختلف مواطن التأكيد فى الجانب الشخصى باختلاف نوعية الانحراف ومداه ، فالكفاءة الشخصية بالنسبة للمتخلفين عقلياً قد تتمثل فى إكسابهم مهارات العناية بالنفس أو الوظائف الاستقلالية Independent Functioning لإشباع احتياجاتهم الأولية من المأكّل والمشرب والملبس والنظافة الشخصية ، والمهارات الأساسية فى اللغة والاتصال الشفهي كتعلم الأسماء وسلامة النطق والتعبير ، والمهارات الحركية كالتوازن والتنسيق والتآزر الحاسحركى ، وتدريبهم على أساليب الأمان Safety وكيفية درء المخاطر عن أنفسهم أثناء التعامل مع المواقف التى يرون بها ، والأشياء التى يستخدمونها ويتعاملون معها فى حياتهم اليومية .

وقد تعنى الكفاءة الشخصية بالنسبة للعميان إتقان مهارات الحركة والتوجه والتنقل بما يساعدهم على أن يكونون أكثر اعتماد على أنفسهم ، وأكثر اتصالاً ببيئاتهم وتحكما فيها ، وأكثر شعوراً بالأمن . أما بالنسبة للصم فقد يتركز إنجاز مثل هذا الهدف فى اكتساب المهارات اللازمة للتواصل غير اللفظى ، وتصويب عيوب النطق والكلام ، والاستعانة بالمعينات السمعية اللازمة لاستثمار ما لديهم من بقايا سمع ، ومقدرة على الأداء الوظيفى السمعى .

٢ - تحقيق الكفاءة الاجتماعية : Social Competency

وتعنى غرس وتنمية الخصائص والأنماط السلوكية اللازمة للتفاعل وبناء العلاقات الاجتماعية المثمرة مع الآخرين ، وتحقيق التوافق الاجتماعى لدى ذوى الاحتياجات الخاصة ، وإكسابهم المهارات التى تمكنهم من الحركة النشطة فى البيئة المحيطة

والاختلاط والاندماج فى المجتمع ، والتى تمنحهم شعوراً بالاحترام والتقدير الاجتماعى وتحسّن من مكاناتهم الاجتماعية ، وإشباع احتياجاتهم النفسية إلى الأمن والحب والتفهم والثقة بالنفس ، والتقليل من شعورهم بالقصور والعجز والدونية .

٣ - تحقيق الكفاءة المهنية Vocational Competency

وتتعلق الكفاءة المهنية بإكساب ذوى الاحتياجات الخاصة لاسيما المعوقين منهم بعضاً من المهارات اليدوية والخبرات الفنية المناسبة لطبيعة إعاقاتهم واستعداداتهم ، والتى تمكنهم بعد ذلك من ممارسة بعض الحرف أو المهن كأعمال البياض والزخرفة ، والتريكو والتطريز والنسيج والسجاد ، والآلة الكاتبة والميكانيكا والسمكرة والسباكة والأعمال الصحية وغيرها . وقد أنشئ لهذا الغرض عديد من المدارس الإعدادية المهنية التى يلحق بها التلاميذ الذين لا يمكنهم إكمال دراستهم بالمرحلة الثانوية ، ويمنحون بعد إكمال تأهيلهم مُصدّقاً أو شهادة تسوّغ لهم العمل ببعض المصانع والمؤسسات ، وخوض غمار الحياة كعمال فنيين مما يساعدهم على الشعور بقيمتهم وفاعليتهم ، وينمى اعتبارهم لذواتهم وإحساسهم بالرضا والإشباع ، كما يقلل من شعورهم بالعجز والدونية والفشل ، وقد يؤدى بهم إلى الكفاية الاقتصادية الذاتية Economic Sufficiency .

ويستلزم ذلك ضرورة المزج بين كل من الجوانب المعرفية الأكاديمية ، والنشاطات غير الأكاديمية والجوانب المهارية والمهنية والحرفية ، بحيث يتكامل التأهيل التربوى والنفسى والاجتماعى والمهنى للمعوقين ، ويتم الكشف عن إمكانياتهم واستعداداتهم وميولهم المختلفة وتنميتها واستثمارها ، والإفادة من ذلك كله فى توجيههم للعمل المهنى الذى يتلاءم معها .

ويلمح فاروق صادق (١٩٨٨) إلى أن التأهيل المهنى للمعوقين يتطلب عدة عمليات تكون التربية الخاصة فيها إحدى المراحل السابقة والمصاحبة لبرنامج التأهيل المهنى والاجتماعى ، فالتربية الخاصة تثرى خبرات المعوق بالقراءة والكتابة والحساب ، ومهارات السلوك التكيفى الأولية ، وخلال هذه العملية يتم استدخال عنصر آخر هو الاهتمام بقدرات الطفل واستعداداته وميوله ومهاراته وتنميتها فى خطة متدرجة منذ الطفولة المبكرة ، ومن ثم يستهل المعوق - الذى لا يستكمل دراسته - مرحلة أخرى من التعليم هى مرحلة التدريب المهنى المناسب . ويكون بذلك مستعداً ومُعَدّاً لها .

وتتطلب عملية الإعداد والتأهيل المهني عدة أمور لعل من أهمها :

- ا - توفير قاعدة من البيانات عن المهن والأعمال وفرص التشغيل المتاحة .
 - ب - توفير مجموعة من الاختبارات والمقاييس المقننة لاستخدامها في تحليل الفرد ، والكشف عن استعداداته المهنية ، كاختبارات المقدرة العقلية العامة ، والميول المهنية وسمات الشخصية ، والمقدرات الخاصة ، ومقاييس الاتجاهات نحو المهن .
 - ج - تحليل المهن والأعمال وما يستلزمه كل منها من أنشطة ومهارات واستعدادات وميول ، ومقابلة ذلك بما يسفر عنه تحليل الفرد ، وذلك للتنبؤ بمدى صلاحيته لعمل أو مهنة ما .
 - د - برامج للتوجيه والارشاد المهني .
 - هـ - تجهيزات مكانية ومادية وعناصر بشرية مؤهلة من المدربين والفنيين لازمة لعمليات التدريب والتأهيل .
 - و - برامج تدريبية مختلفة تتناسب وأنواع القصور المختلفة ودرجاتها .
 - ز - أساليب تقييم لهذه البرامج للوقوف على مدى فاعليتها في إكساب المهارات والعداات اللازمة للعمل .
 - ح - آليات للمتابعة المستمرة للمعوق بعد تشغيله لتذليل العقبات التي قد تعترض توافقه المهني ، وإعادة تأهيله عند اللزوم .
- ولتحقيق هذه الجوانب الثلاثة للكفاءة فإن مناهج التربية الخاصة تشتمل على مجموعات متكاملة من المواد الدراسية والأنشطة المهنية . كما يشارك في عملية التربية الخاصة فريق متكامل من الإخصائيين ذوي الاهتمامات المهنية المختلفة لتخطيط الخدمات الواجبة للفئات الخاصة وتنفيذها ومتابعتها ، ويشمل هذا الفريق على إخصائيين في التربية الخاصة (معلمون وفنيون) وأطباء وإخصائيون نفسيون واجتماعيون ، وإخصائيون علاجيون لعيوب النطق والكلام ، وإخصائيون سمعيون وبصريون ، وإخصائيون في التأهيل المهني ، وفي العلاج بالفن وبالموسيقى وبالعمل .
- محددات برامج التربية الخاصة :**
- هناك مجموعة من المحددات التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند تخطيط برامج

التربية الخاصة ، وتنفيذها . لعل من أهم هذه المحددات ما يلي (عبد المطلب أمين القرطبي ، ١٩٨٦ : ٤٣٨ - ٤٤١) :

- ١ - نوع الانحراف .
 - ٢ - درجة الانحراف .
 - ٣ - الحالة الخاصة لكل طفل على حده .
 - ٤ - المشاركة الجماعية .
- وفيما يلي عرض موجز لهذه المحددات .

١ - نوع الانحراف ،

يختلف أفراد الفئات الخاصة فيما بينهم من حيث الخصائص أو جوانب الشخصية التي ينحرفون فيها عن المستوى العادي للأفراد عامة ، فكما سبق أن أوضحنا هناك أنواع متعددة من الانحرافات الحسية والجسمية ، والعقلية المعرفية ، والانفعالية الاجتماعية ، واضطرابات التواصل ، وصعوبات التعلم . ومن المعلوم أن الآثار التي تتركها هذه الانحرافات على الشخصية ، والاحتياجات التربوية والنفسية الخاصة التي تترتب عليها لدى كل فئة من ذوى الاحتياجات الخاصة ليست واحدة ، وإنما قد تتباين تلك الآثار وهذه الحاجات تبعاً لتباين الانحرافات . أى أن هناك متطلبات نمو وحاجات خاصة ترتبط بكل نوع من هذه الانحرافات وتختلف تبعاً له ، فالتجميع Grouping والإسراع Acceleration والإثراء Enrichment تعد مظاهر وأساليب أساسية فى برامج الرعاية التربوية الخاصة للأطفال المتفوقين عقلياً والموهوبين دون غيرهم ، والتدريب على طرق التواصل اليدوية ولغة الإشارة يعدان من المظاهر الخاصة للبرنامج التعليمى للأطفال الصم ، واستخدام طريقة برايل أمر لازم وخاص بتعليم المكفوفين وليس بالمضطربين انفعالياً أو غيرهم من الفئات الخاصة الأخرى وهكذا .

وبالتطبيق على مجال الفن - كمشال - فإن كل الأنشطة الفنية قد لا تكون صالحة لكل فئة من الفئات الخاصة ، فالتركيز فى برامج الفن بالنسبة للمكفوفين ينصب أساساً على استخدام حاسة اللمس فى إدراك الأشكال والتعامل مع المجموع والأسطح المختلفة لإثراء مذكراتهم وخبراتهم اللمسية بالمشيرات والأشياء التى يسمعون عنها ، ولتنمية معرفتهم بالخصائص البنائية والتركيبية لهذه الأشياء ، ومساعدتهم على إنتاج أشكال فنية ذات ثلاثة أبعاد مما قد يغلب عليه الطابع العضوى أو الهندسى ، على حين قد لا تكون

هناك قيمة تذكر فى هذه البرامج للممارسات المتصلة بالقسم اللونية سوى من زاوية معرفية فقط ، لأن المكفوفين محرومون من الوسيط الحاسى اللازم لهذه الممارسات وهو حاسة الإبصار .

وفى حالة الإعاقة السمعية فإن الأمر قد لا يختلف كثيراً عما يمكن اتباعه فى برامج التربية الفنية للعادين ، إذ تشير نتائج بعض البحوث إلى أن الصمم قد لا يؤثر بالضرورة فى استعدادات الصم للفن (R.Silver, 1966 : 200) . وربما يكون الاختلاف الوحيد هو فى تأكيد الأهمية الفائقة للأنشطة الفنية التشكيلية - بالنسبة للطفل الأصم - كقنوات للتعبير والتفاهم والاتصال غير اللفظى تعويضاً عن فقدانه اللغة اللفظية ، وكمصادر للإشباع والارتزان الانفعالى .

أما بالنسبة للأحداث والجانحين فإن الأمر يتطلب التركيز على تلك النشاطات الفنية والموضوعات التى تساعدهم على التنفيس عن مشاعرهم العدوانية ، وعلى التخفيف من التوترات ، وعلى ممارسة الأعمال الجماعية المشتركة التى تكفل لهم تنمية مهاراتهم الاجتماعية ، وتحقيق الاندماج والنمو الاجتماعى ، ومساعدتهم على تعديل سلوكهم المضاد للمعايير الاجتماعية .

٢ - مستوى الانحراف (درجته) :

من بين المحددات الأساسية فى تصميم الخدمات والبرامج التربوية الخاصة " مسـر الانحراف " ، ويتراوح هذا الانحراف ما بين المستوى الحاد والمستوى البسيط (الخفيف) وبينهما درجات متفاوتة الشدة . وتختلف الاحتياجات التعليمية ومن ثم البرامج والأساليب المشبعة لها تبعاً لتفاوت مستويات الانحراف حادة أم جزئية بسيطة . لذا يلجأ المتخصصون إلى تصنيف الفئات الخاصة إلى جماعات متجانسة الدرجة للتعامل معها كجماعات ذات خصائص مشتركة أساسية ، ولتصميم البرامج والطرق والأساليب التعليمية تبعاً لاحتياجاتها بما يحقق لكل جماعة أقصى إفادة ممكنة وعلى أحسن وجه ممكن .

فالاعتماد على الإبصار يعد مدخلاً أساسياً لبناء وتنمية طرق التواصل اليدوى والشفهى مع الصم كلياً ، بينما يمكن الاعتماد فى حالة ضعاف السمع - الصم الجزئى - على استخدام المعينات السمعية والتركيز على عمليات التدريب السمعى وتمييز

الأصوات ، ومعالجة ما قد ينبج عن ضعف السمع من اضطرابات فى النطق والكلام كسبيل لتنمية مهارات التواصل اللفظى لدى هذه الفئة ، كما تختلف درجات التخلف العقلى من تخلف بسيط إلى تخلف معتدل إلى تخلف عقلى شديد وحاد ، ومن ثم تختلف احتياجات كل فئة و البرامج التعليمية التى تقابل هذه الاحتياجات . فبرامج التربية الحركية لذوى المستويات الدنيا من التخلف العقلى تركز على تعليمهم المهارات الحركية الأساسية كالوقوف والمشى باتزان ، والجرى والوثب والتعلق ، مما يساعد على السيطرة على أعضاء الجسم وتحسين الكفاءة الحركية للطفل . بينما تتزايد النشاطات الحركية الأكثر تعقيدا والتى تتطلب مستويات أعلى نسبيا من حيث التأزر والتفكير والتذكر والانتباه فى البرامج الخاصة بفئات التخلف العقلى البسيط .

وفى مجال الفنون يذكر بعض الباحثين (Gaitsskel & AL Hurwitz,1970) أن الطفل لكى يشارك فى برنامج للتربية الفنية ، يجب أن يكون لديه حد "أدنى من الذكاء . فالأطفال الذين تقل معاملات ذكائهم عن ٤٠ ، ويقل عمرهم العقلى عن ثلاث سنوات لايتسنى لهم الاستفادة من أية نشاطات فنية . أما من تتراوح معاملات ذكائهم ما بين ٤٠ و ٥٠ ، وعمرهم العقلى من ٣ : ٤ سنوات فيمكنهم الوصول إلى مرحلة التناول اليدوى Manipulation (ما يقابل الحضانة والصف الأول بالنسبة للطفل العادى) ويتقدموا ببطء نحو إنتاج رموز بسيطة التركيب ، لكنهم لايتجاوزون ذلك ، بينما يمكن لأولئك الأطفال ممن تزيد معاملات ذكائهم عن ٥٠ ، وعمرهم العقلى عن خمس سنوات ، المشاركة إلى حد معقول فى النشاطات الفنية والانتقال من مرحلة التناول والمعالجة اليدوية إلى مرحلة أخرى هى المرحلة الرمزية Symbolic ، ووضع الرموز فى بيئاتها والربط فيما بينها إلى حد ما .

٣ - شؤيد التعليم تبعاً للعالة الخاصة لكل طفل ،

من الامور المسلم بها فى التربية المعاصرة أن كل تلميذ يتمتع بخصائص فريدة تميزه عن غيره من التلاميذ ، كما يعد حالة خاصة ، وأنه لايتعلم فردان بنفس الطريقة أو الكيفية ، وهو ما يشار إليه بمبدأ الفروق الفردية ؛ وبناء عليه فإن وجود تلاميذ من بين العاديين يعانون من صعوبات معينة فى عمليات التعليم لأسباب قد يكون مرجعها صعوبة المنهج أو عدم ملامته ، أو عدم مناسبة طريقة التدريس ، وليس بسبب قصور أو خلل فى التلميذ ذاته ، أصبح أمرا عاديا ، ومن ثم فإن المعلم العادى يجب أن يكون على درجة من

المرونة والوعى بما يجعله يسمح لجميع التلاميذ أن يفيدوا منه ومن المقرر الدراسى وفقا لاحتياجاتهم التعليمية ، وطرقهم وسرعاتهم ومستوياتهم الخاصة .

من زاوية أخرى فإنه إذا كان بالإمكان تقسيم التلاميذ غير العاديين إلى فئات وجماعات تبعاً لما بين أفرادها من خصائص مشتركة من حيث نوع الانحراف ودرجة شدته - كالصم وضعاف السمع مثلاً - فإن كل فئة - كما يشير فتحى عبد الرحيم وحليم بشاى (١٩٨٠ : ٣٩٠) - لا تشكل جماعة متجانسة تماماً فى خصائصها فالأطفال الصم مثلاً لا يتعلمون جميعاً بمعدل واحد ، وقد يصنف طفل ما على أنه مصاب بالشلل المخى ويكون متخلفاً عقلياً أيضاً ، فى الوقت ذاته لجد طفلاً آخر مصاباً بالشلل المخى قادر على الأداء العادى فى التعلم المدرسى .

وقد يتفق طفلان من حيث نوع الإعاقة ودرجتها ، إلا أن ما يترتب على هذه الإعاقة من آثار بالنسبة لأحدهما قد يختلف عن الآخر وذلك تبعاً لمتغيرات عديدة كتقويت اكتشاف الإعاقة ، والبيئة التى يعيش فيها ، واتجاهات أسرته نحو الإعاقة ، والخبرات التى تعرض لها ، ومدى خلوه من الإعاقات الأخرى ، ويؤثر ذلك كله على مستوى توافقه النفسى واستعداداته واعتباره لذاته ، ولعل بما يدعم ذلك أن معظم الأطفال المعوقين لديهم مشكلات تختلف من واحد إلى آخر وربما يصعب حصرها فى مشكلة واحدة . لذا فإن الوقوف على الفروق داخل الطفل ذاته وأثر الإعاقة على جوانب شخصيته - كحالة فردية - يعد عاملاً له قيمته فى تصميم وتنفيذ الخطط والبرامج التدريبية والتعليمية الملائمة لحالته .

ويستلزم ذلك كله ضرورة تفريد Individualization التعليم تبعاً لحالة الطفل واحتياجاته الخاصة بناء على التقييم الدقيق المستمر وباستخدام الوسائل اللازمة لذلك ففى مجال الإعاقة السمعية قد يعانى طفلان مثلاً من فقدان السمع بدرجة بسيطة ، إلا أن أحدهما يحتاج بدرجة أكبر من الآخر إلى علاج بعض عيوب النطق والكلام أو لتنمية مهارات الاستماع وكيفية التمييز بين الأصوات .

ويذكر "ولفريد برينان" W. Brennan (١٩٩٠ : ١٧٣ - ١٧٧) أن التدريس المفرد Individualized Teaching ليس معناه تخصيص منهج منفصل أو مدرسى مستقل لكل تلميذ ، وإنما يعنى وضع الطالب فى مواقف تدريبية وتعليمية ملائمة

لاحتياجاته التعليمية الفردية ، وطبقا لذلك قد يتعلم التلميذ فى بعض الأحيان بنفسه ويطريقته الخاصة ، وفى أحيان أخرى قد يتعلم ضمن مجموعة من التلاميذ ، كما يستلزم الأمر تنوع المعلم أساليبه ، ولغته ، وأستلته ، ووسائله بما يتفق والاتجاهات التعليمية ، وكذلك درجة الفهم ، والدافعية ، والمدى الواسع من الاستعدادات التعليمية والاحتياجات الخاصة لدى الطلاب .

كما يسوق "بوينان" المبادئ التالية لتفريد مكونات المنهج والتدريس المنفرد :

أ - التبدل فى المعدل بما يساعد التلميذ على الانتقال ضمن أهداف المنهج العام أو المنهج الخاص .

ب - تخرجة أهداف المنهج إلى خطوات أصغر لمساعدة التلاميذ فى التغلب على ما يواجهونه من صعوبات .

ج - التغيير فى محتوى المنهج والخبرات التعليمية للتغلب على الصعوبات أو المحافظة على التقدم فى تحسين الدافعية .

د - تطوير برنامج عام للصف أو الفصل الدراسى يتم من خلاله تنظيم الأهداف الفرعية والموضوعات التى تسمح بالفردية .

هـ - التأكيد على المواد التعليمية بشكل كاف ومتلائم مع الفروق بين مجموعة التلاميذ .

و - وضع الاحتياجات الفردية فى الاعتبار أثناء التدريس ، وليس الصف أو الفصل الدراسى بشكل عام .

ز - تقديم المهمات التعليمية بشكل فردى وكذلك معدل التعلم وكمية الإعادة وتصحيح المواد والمهمات .

ح - السماح لكل طالب بالتعلم بحسب سرعته الخاصة .

ط - الاحتفاظ بسجلات فردية دقيقة لعملية التعلم .

ى - تشجيع تعلم الطلاب عن طريق التوجيه الذاتى .

ك - تطوير معايير وإجراءات تمكن التلاميذ من الحكم على عملهم .

ويؤكد جيتسكل وهورويتز(1970: 352) بالنسبة لمجال تعليم الفنون - أن كل تلميذ

فى حجرة الدراسة سواء أكان عاديا أم معوقا أم موهوبا سوف يحتاج إلى معالجة فردية فى التدريس ، وإذا كان معلم الفن يعمل فى فصل كله من بطئى التعلم فإن المبدأ ذاته يجب أن يطبق ، حيث لن يستجيب طفلان بطريقة واحدة ، ومن هنا يتحتم أن يُعد لكل طفل برنامجا تربوياً على أسس فردية ، ويتناسب مع احتياجاته واستعداداته الخاصة .

٤ - الاهتمام الجماعية :

بالإضافة إلى ضرورة مراعاة الفروق الفردية ، والاهتمام بنمو المعوق وشخصيته كفرد أو كحالة مستقلة ، وتفريد التعليم تبعاً لمطلوبات نموه واحتياجاته التربوية والنفسية الخاصة ، فإن البرنامج التعليمى وما يتضمنه من نشاطات أكاديمية وغير أكاديمية وتأهيلية مهنية يجب أن يكفل فى جانب منه الاهتمام بنمو المعوق كعضو فى جماعة يدرك التزاماته وواجباته إذاً ، كما يسعى إلى الحصول على حقوقه سواءً بسواء .

إن النشاطات الجماعية التى يشارك فى ممارستها أكثر من فرد واحد كفريق يوزعون الأدوار فيما بينهم ، ويدركون مسئولياتهم المشتركة من خلالها ، تكفل لهم فرصاً واسعة للتمرس على التعبير والأخذ والعطاء ، وتبادل الرأى ، والتعاون والإقدام ، والامتنال لصالح الجماعة . فضلاً عن أنها تهىء الفرصة لظهور بعض المواقف والمشكلات التى ربما لا تظهر من خلال الأعمال والخبرات الفردية ، وتحثهم على مواجهة هذه المشكلات .

وتبدو قيمة الأنشطة الجماعية الفنية - كمشال - بالنسبة للمعوقين ليس فيما يتمخض عن هذه الأنشطة من نواتج فنية - كصورة أو رسم ما - وإنما فيما تتضمنه وتكفله من علاقات متبادلة ، وتفاعلات بين أعضاء الجماعة أثناء ممارستها . لاسيما بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من العزلة والانسحاب ، وسوء التوافق والعدوانية ، والانسحاب والتمركز حول الذات ، أو الذين يُخشى أن تترتب أمثال هذه المظاهر عا إعاقاتهم .

ويقع العبء الأكبر على معلم الفن فى استغلال ماتكفله تلك المشروعات والأعمال الفنية الجماعية من علاقات وتفاعلات وتوجيهها لمساعدة أعضاء الجماعة الفنية على تحقيق المزيد من الاندماج والنمو الاجتماعى ، وفى تنمية مهاراتهم الاجتماعية ، وتعديل سلوكهم المضاد لقيم المجتمع والمعايير الاجتماعية بما يتناسب مع هذه المعايير ، وذلك لما لهذا الجانب من أهمية فائقة فى مساعدتهم على تحقيق التوافق الاجتماعى .

في استراتيجيات التربية الخاصة ونظمها

يحكم مستويات وبرامج الرعاية التربوية والتعليمية - للمعوقين خاصة - استراتيجيتان أو نظامان أساسيان هما : النظام العزلي ، والنظام الإدماجي وتتناولهما فيما يلي بشيء من الإيضاح .

أولاً : النظام العزلي :

ويعنى عزل الأطفال المعوقين في ملاجئ ، أو مؤسسات أو مدارس خاصة بهم بعيدا عن العاديين أو عامة التلاميذ ، وتقتد جذور هذا النظام إلى المجتمعات البدائية القديمة والإغريقية والرومانية التي نادى بالتخلص من " المعوقين وذوى العاهات " على أساس أنهم عالة وعيباً ثقيلاً على المجتمع ، فقد دعا " أفلاطون " إلى نبذ المعوقين عقليا وطردهم أو نفيهم إلى خارج البلاد ، وحرمانهم من الحقوق والواجبات المتاحة لبقية المواطنين ، كما نادى " أرسطو " بأن الصم غير قادرين على التعلم لعدم مقدرتهم على الكلام وعلى فهم مايدور حولهم . (الطفي بركات ، ١٩٨١ : ٦٠ ، ٩٠) .

وكان يطلق على المعوقين مسميات مهينة كالحمقى والمشوهين وأولاد الشياطين والمخبولين ، كما كانوا يتعرضون لأشكال شتى من سوء المعاملة والاضطهاد وصلت إلى حد القتل وحرمانهم من حق الحياة ، مثلما جرى في اسبرطة وأثينا وروما ، فقد كان الاسبرطيون - مثلاً - يلقون بالمتخلفين عقليا فى نهر " أورتاس " ، ولم يسلم المعوقين من استخدام العنف والتعذيب البدنى كالحرق بالنار ، مثلما حدث فى عصر النهضة مع المتخلفين عقليا والمرضى النفسيين والعقليين بقصد طرد الأرواح الشريرة أو الشياطين التى كان يُظن أنها مستتةهم أو لبست أبدانهم ، ولأق المعوقين النبذ والإبعاد والحبس فى المستعمرات بعيدا عن العاديين بما لايسمح لهم بحياة طبيعية وسط الناس بدعوى حماية المجتمع من شرورهم وأخطارهم .

وجاءت الديانة المسيحية لتكفل للمعوقين الحماية والرعاية رحمة بهم ، فأُنشئت الملاجئ لإيوائهم وإشباع احتياجاتهم الأساسية من المأكل والمشرب والملبس ، ومع ذلك فقد ظلت النظرة السائدة للإعاقة متمثلة فى أنها عبارة عن " تقهقر فكرى تضعف فيها الروح وتسيطر عليها المادة " ، كما ظلت الأفكار العملية عن المعوقين مبنية على الإضطهاد ، فقد أوضح الطبيب الفرنسى "مورال " فى كتاباته ومحاضراته سنة ١٨٤٠ م أن الإعاقة

العقلية وراثية تزداد جيلا بعد جيل حتى تصبح العائلة الواحدة مكونة من مجرمين ومعتوهين ، وأدعى الطبيب الإنجليزي " لكتلون داون " مكتشف المنغولية " Mongolism أو ما يطلق عليه " عرض داون "Down's Syndrome" ١٨٦٦ م - إحدى الصور الاكلينيكية للتخلف العقلي - أن الجنس الأبيض يتفوق على كل الأجناس وفي جميع النواحي ، فإذا ما ولد الإنسان الأبيض متخلفا من النمط المغولي فإن ذلك يعد تقيها إلى جنس بدائي . (مصطفى النصارى ، ١٩٨٢ : ١٧٦ - ١٧٧) .

كما جاءت الشريعة الإسلامية السمحاء لترسخ أيضا مبادئ المساواة والتكافل والاحترام وتكافؤ الفرص بين الأفراد وحق كل منهم في الحياة ، والمشاركة في تحمل المسؤولية وصنع الحضارة بحسب استعداداته ، و بصرف النظر عن أى دواع تمييزية راجعة للإعاقة أم الأصل العرقى أم اللون أم نوع الجنس ، أم المستوى الإقتصادي أم غيرها .

وليس أدل على ذلك من عتاب الله سبحانه وتعالى في مطلع " سورة عبس " لنبيه محمد - صلى الله عليه وسلم - عندما أقبل عليه الصحابي الجليل عبد الله بن أم مكتوم - وكان أعمى - يسأله في بعض أمور دينه أثناء انشغال النبي صلى الله عليه وسلم بدعوة بعض عظماء قريش وأشرفهم للإسلام ، فكره أن يقطع كلامه مخافة أن ينصرف أشرف قريش عن الدخول في الإسلام ، وأعرض عن السائل الأعمى ، فنزلت الآيات :

" عَبَسَ وَتَوَلَّى (١) أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى (٢) وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّه يُزَكَّى (٣) أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنْفَعَهُ الذِّكْرَى (٤) أَمَّا مَنْ اسْتَفْتَنَى (٥) فَأَنْتَ لَهُ تَصَدَّى (٦) وَمَا عَلَيْكَ أَلَّا يَزَكَّى (٧) وَأَمَّا مَنْ جَاءَكَ يَسْعَى (٨) وَهُوَ يَخْشَى (٩) فَأَنْتَ عَنْهُ تَلَهَّى (١٠) كَلَّا إِنَّهَا تَذْكِرَةٌ (١١) " (سورة عبس ، الآيات : ١ - ١١) وتنطوي هذه الآيات على المساواة بين الناس وعلى التذكير بما يمكن أن يتفجر في نفس هذا الأعمى من قوى روحية هائلة عندما نغنى به ونهتم بأمره كما حض الإسلام على احترام الناس لبعضهم البعض ، ونهى عن الكبرياء وازدراء فئة لفئة أخرى لقوله سبحانه وتعالى " يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا يَسْخَرُوا قَوْمٌ مِنْ قَوْمٍ عَسَى أَنْ يَكُونُوا خَيْرًا مِنْهُمْ ، وَلَا نِسَاءٌ مِنْ نِسَاءٍ عَسَى أَنْ يَكُنَّ خَيْرًا مِنْهُنَّ ، وَلَا تَلْمِزُوا أَنْفُسَكُمْ وَلَا تَنَابَزُوا بِاللُّغَابِ . " (سورة الحجرات ، الآية : ١١)

وكانت الإعاقات المختلفة في عصر ازدهار الحضارة الإسلامية تعد أمراضا تستلزم

العلاج والتأهيل كما اعتمد علماء المسلمين وأطبائهم - مثل الكندي والرازي وابن سينا - في تناولها ومعالجتها على التجربة والتحليل ، واستبعدوا أن يكون للشياطين دخل في حدوثها . وقد أسس الوليد بن عبد الملك سنة ٨٨ هـ - ٧٠٧ م أول معهد للمتخلفين عقليا ، ثم أسس بيمارستان بغداد سنة ١٣٧ هـ - ٧٥٦ م الذي خصص لعلاج الأمراض العقلية (مصطفى النصراوي ، ١٩٨٢ : ١٧٨) .

وبدأت إرهابات الاهتمام الخاص بتعليم المعوقين وتدريبهم في مؤسسات ومدارس خاصة في أوروبا وأمريكا منذ أواخر القرن الثامن عشر لاسيما مع بزوغ أفكار المصلحين السياسيين والاجتماعيين في أوروبا ، والمناداة بضرورة اعتراف المجتمعات بحقوق المعوقين في الحياة والاهتمام اللازم والرعاية الواجبة ، ونتيجة لجهود مجموعة من الأطباء والمربين كانوا بمثابة الرواد الأوائل للتربية الخاصة .

وقد بدأ ظهور هذه المؤسسات والمدارس أولا بالنسبة للصم ثم تبعته مؤسسات ومدارس أخرى للمكفوفين ثم للمتخلفين عقليا ، حيث أنشأ "ديلييه" مؤسسة تعليمية للصم في باريس عني فيها باستخدام لغة الإشارة في تعليمهم ، وتحولت هذه المؤسسة إلى مدرسة حكومية عام ١٧٩١ م ، كما أسس "صمويل هانيك" ١٧٧٨ م أول مدرسة للصم في ألمانيا ، وأنشأ "توماس برايد وودز" أول مؤسسة تعليمية للصم في بريطانيا ١٧٦٠ م بمدينة ادنبره ، واستخدم فيها طريقة قراءة الشفاة مع تلاميذه .

وأسس "توماس هويكنز جالوديت" أول مدرسة لتعليم الصم ١٨١٧ م بمدينة هارتفورد بعد عودته من فرنسا وإثر دراسته للنظم الأوربية في تعليم المعوقين سمعيا . (لطفى بركات ١٩٨١ : ٩١ - ٩٣) . وكان كل من "جون بابل بونيه" و "جاكوب رودريجوس برير" قد وضعوا منذ القرن السابع عشر الميلادي اللبنة الأولى في تعليم الصم ، حيث قام الأول بتأليف كتابه الشهير "اختزال الحروف وفن تعليم الصم الكلام" * ، كما قام الثاني بوضع قاموس لغة الإشارة ، وابتكار طريقة قراءة الشفاة لتعليم الصم .

* The Reduction of Letters and the Arts of Teaching Deaf-Mute to Speak .

كما أنشئت أول مدرسة لتعليم المكفوفين بباريس عام ١٧٨٥م وفي الولايات المتحدة الأمريكية كان لجهود الطبيب والمربي " صامويل جريدلي هوى " (١٨٠١ - ١٨٧٦م) أكبر الأثر في إنشاء مدرسة " بيركنز " للمكفوفين بمدينة واترتاون بولاية ماساشوستس . ويرجع الفضل إلى الفرنسي " لويس برايل " في اختراع الطريقة التي مازالت تحمل اسمه حتى الآن في تعليم المكفوفين منذ عام ١٨٣٤م وتعد من أكثر نظم القراءة والكتابة استعمالا من قبل المكفوفين في جميع أرجاء العالم ، حيث تمت ترجمتها إلى لغات عديدة ، وقد طور " برايل " - الذي أصيب بفقد بصره في السنة الثالثة من عمره - هذه الطريقة بناءً على الفكرة التي حاول الضابط الفرنسي " باربيير " من خلالها قراءة الرسائل والإشارات في ظلام الليل مستخدما مجموعة من الحروف البارزة التي يمكن قراءتها باللمس عن طريق الأنامل .

أما في مجال التخلف العقلي فقد قام الطبيب الفرنسي " جين مارك إيتارد " (١٧٧٥ - ١٨٣٨) في مطلع القرن التاسع عشر بوضع برنامج لمدة خمس سنوات لرعاية وتعليم طفل متخلف عقليا أسماه " فيكتور " ، وكان أحد الصيادين قد عثر عليه بغاية أفيرون بفرنسا وسط الحيوانات ، وأطلق عليه الطفل المتوحش ، ومع أن " إيتارد " قد فشل في تعليم هذا الطفل الكلام والاندماج الاجتماعي رغم استمراره في مؤسسة داخلية حتى توفي في سن الأربعين ، إلا أن هذه التجربة كان لها أكبر الأثر في أن يتابع تلميذه " إدوارد سيجان " (١٨١٢ - ١٨٨٠) جهوده بإنشاء أول مؤسسة لرعاية المتخلفين عقليا وتعليمهم بباريس ١٩٣٨م ، ثم في ولاية ماسوشتس بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٨٥٠ بعد هجرته إليها عام ١٨٤٨ ، كما قام " جاكوب جيجنبول " بإنشاء أول مؤسسة لعلاج المتخلفين عقليا وتعليمهم في إنبرج أوائل القرن التاسع عشر .

وتواصلت من بعد ذلك جهود الطيبة " ماريا منتسوري " (١٨٧٠ - ١٩٥٢) في إيطاليا ، و " دكروليه " في بلجيكا ، و " ألفرد بينيه " في فرنسا حيث قام بوضع أول اختبار للذكاء عام ١٩٠٥ بتكليف من السلطات الفرنسية لاستخدامه في قياس الذكاء وعزل الأطفال المتخلفين عقليا عن الأطفال العاديين بالمدارس الحكومية ، وقد قمضت هذه الجهود لأولئك الرواد الأوائل في ميدان التربية الخاصة عن إعداد مجموعة من الطرق والبرامج الخاصة بتعليم المتخلفين عقليا وتدريبهم ، قائمة على تفريد التعليم ، واستشارة حواس الطفل وتدريبها ، وتسلسل المهارات وتدرجها ، وتعديل بيئة التعلم

وإثرائها، والتأكيد على إكساب الوظائف الاستقلالية ومهارات الحياة اليومية للطفل .

وقد ظل الاهتمام حتى منتصف القرن العشرين تقريبا مركزا على تجميع الأطفال المعوقين طبقا لفئاتهم المختلفة ، وعزلهم فى مدارس ومؤسسات مستقلة خاصة بعيدا عن مدارس الأطفال العاديين ، وتعليمهم وفقا لمناهج خاصة بهم حتى يتسنى مواجهة مشكلاتهم واحتياجاتهم عن طريق معلمين ومدرسين متخصصين ، وحتى يمكن تفادى الصعوبات والمشكلات التى يمكن أن تنجم عن وضعهم مع العاديين فى مدارس واحدة .

وهكذا قامت فكرة عزل المعوقين وإقصائهم فى مستعمرات بعيدا عن الحياة العادية دون رعاية فى بادى الأمر مقترنة بازديادهم ونبلهم ، وتجنب المجتمع شروهم على حد الزعم الذى كان سائدا حينذاك ، ثم اقترن العزل بعد ذلك بنوافع الإحسان إليهم والرحمة بهم والشفقة عليهم باعتبارهم من الضعاف والمعوزين ، ومن ثم ضرورة تأمين حاجاتهم الأساسية ، ثم بدأ إنشاء المدارس والمؤسسات الخاصة بكل فئة من المعوقين كغالبية لحقوق أفرادها فى التعليم والتدريب من جانب ، وعلى أساس أنهم يختلفون عن العاديين ويعانون القصور والعجز من جانب آخر ، لذا فقد روى أن وضعهم فى محيط تعليمى خاص بهم ويلائم حالاتهم ، ويقلل من أثر قصورهم وعجزهم على تعلمهم سوف يكون أفضل بالنسبة لنموهم وتوافقهم ، واعتقادا بأن فصل المعوقين عن العاديين فى مدارس خاصة بهم سوف يقلل من إبراز مظاهر قصورهم ، ومن ثم يحد من تعرضهم لمشاعر الاستنكار والنبل من قبل العاديين ، وما يترتب على ذلك من شعورهم بالدونية ، وآثار سلبية على مفاهيمهم عن ذاتهم .

مُحَبَّذَاتُ النِّظَامِ الْعَزْلِيِّ :

إضافة إلى ما سبق ذكره ، يسوق محبذو سياسة الرعاية العزلية لنوى الاحتياجات الخاصة مبررات أخرى منها ما يلى :

١ - أنه من اليسير تطبيق النظام الإدماجى لنوى الاحتياجات الخاصة مع العاديين فى المدارس العادية بالنسبة لنوى الإعاقات البسيطة أو المتوسطة - كالتخلف العقلى البسيط والاضطرابات الانفعالية الخفيفة وصعوبات التعلم مع توفير المساعدات والخدمات الخاصة اللازمة لهم كما سوف يتبين فى الصفحات التالية - إلا أن نظام الرعاية العزلية سواء فى فصول خاصة داخل المدارس العادية ، أم فى مدارس مستقلة

قد يكون شيئاً محتماً لا مفر منه بالنسبة لنرى الإعاقات الشديدة والمتعددة من يعانون صعوبات حادة يتعذر معها توفير فرص رعايتهم وإشباع احتياجاتهم التربوية والتعليمية فى نطاق المدارس العادية .

٢ - إن بعض المجتمعات - خاصة النامية والمتخلفة - تعاني من ظروف اقتصادية كالفقر ، مما لا يمكنها من تهيئة المدارس العادية وتنظيمها ، وتوفير التجهيزات المادية والفنية ، والكفاءات والكوادر البشرية المدربة اللازمة لتربية وتعليم ذوى الاحتياجات الخاصة بدمجهم مع العاديين داخل هذه المدارس .

٣ - صعوبة تجاهل الاتجاهات الاجتماعية السلبية السائدة فى المجتمع نحو المعوقين ، والتي تؤثر بدورها على برامج الرعاية التربوية والتعليمية لهم ، وتعد هذه الاتجاهات من معوقات تعميم النظام الإدماجى للمعوقين مع التلاميذ العاديين ، حيث يقتضى هذا النظام فى جوهره تقبلاً غير مشروط لجميع التلاميذ بغض النظر عن إعاقاتهم . وقد يضاعف من صعوبة مقاومة تلك الاتجاهات السلبية تفشى ظاهرة الأمية وتدنى المستوى التعليمى والثقافى لأفراد المجتمع ، وقصور الخدمات التوجيهية والإرشادية الأسرية عامة ، و كذلك بالنسبة لأسر ذوى الاحتياجات الخاصة .

ثانياً : النظام الإدماجى :

تبين مما سبق كيف تطورت حركة رعاية المعوقين وتربيتهم من طور التجاهل والإهمال ، إلى طور الرعاية الإنسانية ، ثم إلى عزلهم فى مراكز إيوانية ومؤسسات ومدارس داخلية أو نهائية خاصة مغلقة عليهم ، وقد ظل نظام الرعاية العزلية سائداً حتى منتصف القرن العشرين تقريباً إلى أن بدأ المتخصصون فى إثارة العديد من الانتقادات للآثار السلبية المترتبة على هذا النظام ، Iano , 1970 : 6 , Lilly , 1968 : 16 (Dunn , 1982 : 170) .، وتبنى استراتيجيات واتجاهات جديدة أكثر إيجابية تقوم على ضرورة تحرير المعوقين من أسر المؤسسات الخاصة التى تعزلهم عن الحياة الاجتماعية Deinstitutionalization ، وأن يتاح لهم من فرص الحياة اليومية وظروفها العادية مايتاح لأقرانهم العاديين من أفراد المجتمع ، بحيث يشاركوا فى نشاطات الحياة الطبيعية بأقصى ما تسمح به استعداداتهم وإمكاناتهم وهو ما يعرف بالتطبيع نحو العادية Normalization ، وأن يعيشوا فى أوضاع بيئية تتسم بأقل قدر ممكن من القيود الاجتماعية والنفسية والأكاديمية Least Restrictive Environment ليستخدما

ويستثمروا كل إمكانياتهم وطاقاتهم ، دون وجود عوائق تحد من نمو واستثمار تلك
الإمكانات والطاقات إلى أقصى ما يمكنها بلوغه والوصول إليه .

وطرح الباحثون أساليب ونظم رعاية بديلة تكفل تقديم الرعاية التربوية والتعليمية
لذوى الاحتياجات الخاصة فى نطاق البيئة التعليمية العادية أو المجرى التعليمى المعتاد
بإدماجهم فى مدارس العاديين قدر الإمكان ولأطول وقت ممكن Mainstreaming مع
اتخاذ الترتيبات والتدابير اللازمة لإمدادهم بالمساعدات التربوية أو الإضافية التى تناسب
احتياجاتهم الخاصة ، وكذلك لتحقيق أقصى استفادة ممكنة من البرامج التعليمية سواء
بصورتها العادية أم بعد تعديلها .

ويتخذ إدماج ذوى الاحتياجات الخاصة فى مدارس العاديين صورا وأشكالا شتى من
بينها ما يلى :

١ - **الدمج الكلى** : بوضع ذوى الاحتياجات الخاصة فى فصول العاديين طوال الوقت ،
على أن يتلقى معلم الفصل العادى المساعدة الأكاديمية اللازمة من معلمين إخصائيين
استشاريين أو زائرين يقدون إلى المدارس عدة مرات أسبوعيا لتمكينه من مقابلة
الاحتياجات التعليمية الخاصة للتلاميذ . ويحذف الدمج الكلى بالنسبة لذوى الإعاقات
البسيطة أو الخفيفة كضعاف السمع والإبصار ، والمتخلفين عقليا بدرجة بسيطة ،
وفى هذا الشكل من الدمج بكل من الاحتياجات التعليمية الأكاديمية والنفسية
والاجتماعية لذوى الاحتياجات الخاصة حيث يكفل الحصول على الخدمات اللازمة
وسط أقرانهم العاديين .

٢ - **الدمج الجزئى** : بوضع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع العاديين لفترة معينة من
الوقت يوميا ، بحيث ينفصلون بعد هذه الفترة عنهم فى فصل مستقل أو عدة فصول
خاصة لتلقى مساعدات تعليمية متخصصة لإشباع احتياجاتهم الأكاديمية الخاصة على
يد معلمين إخصائيين سواء فى مواد دراسية معينة أو فى موضوعات محددة وذلك
عن طريق التعليم الفردى أو داخل غرفة المصادر داخل المدرسة ذاتها .

٣ - **الدمج المكانى** Locational و **الاجتماعى** Social ، حيث يتم تجميع الأطفال ذوى
الاحتياجات الخاصة المتماثلة من حيث نوع الإعاقة فى فصول دراسية خاصة داخل
نطاق المدارس العادية ، بحيث يدرسون فيها وفقا لبرامج دراسية خاصة تناسب

احتياجاتهم طوال الوقت ، وتقتصر مشاركاتهم مع أقرانهم العاديين على الاحتكاك والتفاعل خلال أوقات الراحة ، وفي الأنشطة الاجتماعية المدرسية والرياضية والفنية والرحلات ، ويتسم هذا الشكل من الدمج على الأقل بتقليل البعد المادي بين ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين ، وتلبية الاحتياجات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي بينهم .

٤- أن يتعلق ذوو الاحتياجات الخاصة بتعليمهم لبعض الوقت على مدار ساعات أو عدة أيام متصلة - في مدارس خاصة بهم ، ويسمح لهم بقضاء بقية الوقت بمدارس عادية في نطاق البيئة المحلية .

مُحَدِّثَات النظام الإدماجي :

من بين أهم الاعتبارات التي استند إليها الباحثون في تبني النظم الإدماجية في تربية وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة ما يلي :

١ - الآثار السلبية للنظام العزلي :

إن الرعاية العزلية للمعوقين خاصة تقوم على وصمهم بمظاهر عجزهم وقصورهم ، وتتجاهل جوانب قوتهم وطاقاتهم الإيجابية الكامنة فيهم ، كما تنبئ على إبراز مظاهر الاختلاف بينهم والعاديين أكثر من إبراز أوجه التشابه ، ولا يخفى ما يترتب على هذه النظرة من انعكاسات سلبية سواء على الطفل ذاته أم بالنسبة لأسرته أم بالنسبة للمحيطين به ، فالطفل غالبا ما يمثل لوصمته بالإعاقة ، والنظرة التشاؤمية لاستعداداته ومقدراته ، كما يشعر بعدم القيمة الذاتية ، مما يؤثر سلبيا على نموه النفسي والتعليمي والاجتماعي ويعوق نمو مفهوم إيجابي عن ذاته .

ويؤدي النظام العزلي إلى إشاعة الاتجاهات المجتمعية السلبية نحو المعوقين ، وإلى تعزيز الأحكام القبلية والتوقعات المتدنية عن مستوى أدائهم لدى الآخرين ، مما يزيد الفجوة والحواجز النفسية بينهم وأقرانهم العاديين .

كما أن الرعاية العزلية التي تقوم على فصل المعوق وتنشئته بمنأى عن البيئة الاجتماعية العادية ، وعزله عن مجرى الحياة اليومية لأفراد المجتمع تؤثر سلبيا على توافقه الاجتماعي ، وتحول دون اكتسابه المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل مع

الآخرين ، مما يتعارض مع فلسفة التعليم من حيث هو إعداد الفرد للحياة فى المجتمع .
وقد كشفت نتائج العديد من الدراسات عن أن إدماج المعوقين فى فصول العاديين ،
مع إمدادهم بالخدمات الخاصة - كإساليب التعليم الفردى وغرفة المصادر - له آثاره
الإيجابية فى تحسين مستوى تحصيلهم الدراسى (Calhoun & Elliotte ,1977,
Linhardt ,1980) ومفهومهم عن ذواتهم ، كما يؤدى الإدماج إلى إكسابهم أنماطا
سلوكية إيجابية كالضبط الذاتى ، والتزام الهدوء ، والانتباه ، والتفاعل الاجتماعى .
(Gampel,et al, 1974, Gottlieb, et al, 1975, BLackbourn , 1988,
Cheung , 1990)

٢ - قصور الخدمات التربوية والتأهيلية والتفاوت فى توزيعها :

يؤخذ على الرعاية العزلية أنها غالبا ما تتركز فى - أو تقتصر على - مناطق معينة
كالعواصم والمدن الرئيسية والمناطق ذات الكثافة السكانية والعمرانية العالية ، كما أنها
لاستوعب سوى عدد محدود من الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، أو فئة منهم دون
غيرها ، وهو ما يحول دون التوسع فى الخدمات التربوية والتأهيلية ونشرها بحيث
تستوعب أكبر عدد ممكن من هؤلاء الأطفال ، ويعوق وصول تلك الخدمات إليهم فى
بيئاتهم المحلية .

بينما يقلل النظام الإدماجى للمعوقين فى المدارس العادية من سيادة المركزية فى
تقديم الرعاية التربوية والخدمات التعليمية لهم ، ويساعد فى إنتشار هذه الخدمات وتأمين
وصولها إليهم فى مجتمعاتهم المحلية أو على الأقل قريبا من هذه المجتمعات .

وتشير إحصاءات اليونسكو إلى أنه بينما تتراوح نسبة المعوقين فى أى مجتمع بين
١٠ و ١٢٪ فإن نسبة الذين تستوعبهم المؤسسات الخاصة فى معظم بلدان العالم - عدا
أمريكا وبعض دول أوروبا - لا تتجاوز ٥٪ وهو ما يعنى أن ٩٥٪ منهم يفتقدون إلى
الرعاية المنظمة ، كما أن قارتى إفريقيا وآسيا بهما حوالى ٨٠٪ من إجمالى المعوقين فى
العالم ، ومع ذلك فإن نسبة من يحظون منهم بخدمات خاصة لا تتعدى ١٪ . (عبد العزيز
الشخص ، ١٩٨٧ : ١٩٠ - ١٩١) . كما تبين من دراسة أجرتها المنظمة العربية للتربية
والثقافة والعلوم عن أوضاع التربية الخاصة فى الوطن العربى (١٩٨٢ : ١٤٦) أن سبعة
ملايين ونصف المليون تقريبا من المعوقين بأحد عشر بلدا عربيا فى حاجة إلى تربية
وتأهيل ، بينما لا تستوعب المؤسسات الخاصة بالمعوقين فى هذه البلدان سوى ١٥٦٦٠

معوقا بنسبة ٤٠ ٪ . ويستدل بما سبق على أن الرعاية العزلية لذوي الاحتياجات الخاصة في مؤسسات مستقلة مازالت قاصرة عن الوفاء باستيعابهم وتأمين حقوقهم في التعليم والتدريب والإعداد للحياة .

٣ - ارتفاع الكلفة الاقتصادية لنظام الرعاية العزلية :

تستلزم الرعاية العزلية في مؤسسات ومدارس خاصة لكل فئة من ذوي الاحتياجات الخاصة كلفة اقتصادية باهظة لإقامة المباني والمرافق والتجهيزات المدرسية وصيانتها وإعداد المعلمين والإخصائيين والفنيين والموظفين الإداريين ، يؤكد ذلك ماذهب إليه عبد الرازق عمار (١٩٨٢: ٩٣) من أن الكلفة الاقتصادية لتربية الطفل في مدرسة داخلية للمكفوفين تبلغ ١٥ ضعفا للكلفة الاقتصادية للطفل في مدرسة عادية .

ويؤكد تقرير خبراء اليونسكو (١٩٧٩) أن النظام الإدماجي أقل كلفة من النظام العزلي في التربية الخاصة ، فهو يحد من الحاجة إلى متخصصين على درجة عالية من الخبرة ، ويساعد الدول النامية في تمكين عدد أوفر من الأطفال من فرص التربية والتعليم . ومن زاوية أخرى فإن النظام الإدماجي لا يقتضى سوى إدخال بعض التعديلات البسيطة في البنية المدرسية الطبيعية للوفاء بالاحتياجات الخاصة للأطفال المعوقين كالاستعانة بالمعلمين المستشارين والمتنقلين أو المتنقلين ، وإنشاء غرف للمصادر .

٤ - تأمين الحياة الطبيعية كحق من حقوق الطفل المعوق :

أكدت المواثيق الخاصة بالمنظمات الحكومية وغير الحكومية ، والإقليمية والدولية * على أن المعوقين مهما تعددت وتنوعت إعاقاتهم لديهم قابليات ومقدرات وبواعث للتعلم والنمو والاندماج في الحياة العادية للمجتمع ، كما أكدت هذه المواثيق على مبادئ العدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع ، وعلى أن للمعوق كافة الحقوق الأساسية التي لأقرانه العاديين ممن هم في مثل عمره الزمني مهما كانت وجوه الإعاقة التي لديه ، أو طبيعتها أو درجة خطورتها ، ومنها الحق في تعليم يناسب احتياجاته الفردية ، والحق في احترام كرامته الإنسانية وحمايته من كل استغلال أو إجراء أو معاملة فيها تجاوز أو حط من شأنه ، ومنها حقه في النمو الطبيعي والتمتع بحياة لاتقو طبيعياً عادية

* - على سبيل المثال أنظر : إعلان منظمة الأمم المتحدة لحقوق المتخلفين عقليا ، ديسمبر ١٩٧١ ، ولحقوق المعوقين ، ديسمبر ١٩٧٥ ، المؤتمر الدولي الرابع عشر بكندا ، يونيو ١٩٨٠ ، مؤتمر الكويت الإقليمي ، إبريل ١٩٨١ . المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة في مصر ، أكتوبر ١٩٩٥ .

أو أقرب ما تكون إليها ، وحقه فى اكتساب أكبر قدر من الاستقلالية ، وحقه فى الانتماء للمجتمع والاندماج الاجتماعى ، والعيش وسط أفراد أسرته ، وفى المشاركة فى الأنشطة الاجتماعية ، وعندما تكون إقامته فى مؤسسة خاصة أمراً لازماً فيجب أن تكون ظروف الحياة فى هذه المؤسسة أقرب ما تكون إلى محيط الحياة الطبيعية وظروفها المتاحة لأقرانه العاديين .

وبعد النظام الإدماجى فى تربية وتعليم ذوى الاحتياجات الخاصة أكثر اتساقاً مع هذه الحقوق من النظام العزلى ، حيث يكفل للمعوقين الحياة الطبيعية مع أسرهم طوال مدة دراستهم ، كما يضمن تقديم الخدمات التعليمية لهم مع أقرانهم العاديين فى نطاق أقل قدر ممكن من التمييز بالاختلاف والقصور من جانب ، و التقييدات والمحددات البيئية التى تمنع - أو تحد - من المشاركة والتفاعل الاجتماعى مع أقرانهم العاديين وتزيد من شعورهم بالعزلة من جانب آخر .

ويتيح النظام الإدماجى لذوى الاحتياجات الخاصة مع العاديين الاحتكاك المباشر والتواصل بين الطرفين فى بيئة اجتماعية واقعية وطبيعية من خلال المشاركة فى النشاطات المختلفة داخل الفصل وخارجه ، مما يسهم فى زيادة التعارف بينهما ، والفهم الأفضل من قبل كل طرف لظروف وإمكانات الطرف الآخر ، وبلورة أفكار ومفاهيم واقعية صحيحة عن جوانب قوته وضعفه ، كما يؤدى إلى تحسين اتجاهات العاديين نحو المعوقين ، وزيادة تقبلهم لهم ، والتخلص من المفاهيم المسبقة الخاطئة عنهم .

كما يتيح النظام الإدماجى للمعوقين ملاحظة سلوك أقرانهم العاديين فى المواقف الأكاديمية والاجتماعية عن قرب ، وتقنينهم من محاكاتهم وتقليدهم والتعلم منهم ، ويسر لهم فرص معايشة خبرات واقعية متنوعة ، والتعامل مع مشكلات مختلفة ، ومن ثم تكوين مفاهيم أكثر واقعية عن أنفسهم ، وعن الحياة والعالم الذى يعيشون فيه .

برامج التربية الخاصة ومستويات خدماتها

لجأ بعض الباحثين إلى تصميم برامج التربية الخاصة وخدماتها إلى مستويات متدرجة ، ويعد هرم " رينولدز " Reynolds لخدمات التربية الخاصة من أكثر النماذج المتضمنة لمستويات متعددة من البرامج والأوضاع التعليمية التى يمكن عن طريقها مواجهة

الاحتياجات التعليمية الخاصة ، وفقا لدرجات الإعاقة أو شدة الانحراف . ويتضمن مستويات متدرجة هرميا تبدأ - كما سوف يتبين بعد ذلك - بنوى الانحرافات والإعاقات البسيطة الذين يمكن أن يدمجوا تماما فى المدارس والفصول العادية ، وتوكل مسئولية تربيتهم وتعليمهم كاملة للمعلم العادى ، وتنتهى هذه المستويات والبرامج بنوى الانحرافات الشديدة والإعاقات الحادة بمن تستلزم حالاتهم الرعاية العزلية الكاملة بالمؤسسات الداخلية معظم الوقت كالمدراس والمستشفيات ، ويوكل أمر رعايتهم إلى متخصصين متمرسين على العمل المهنى معهم .

جدير بالذكر أن اختيار البرنامج الملائم بالنسبة للطفل من بين هذه البرامج يتوقف على عدة أمور من أهمها :

١ - التشخيص والتقييم الشامل لحالة الطفل لتحديد نوع الانحراف ودرجة شدته ، ومن ثم مدى القصورات التى يعانى منها ، واستعداداته الأدائية الوظيفية ، وخصائصه النفسية والاجتماعية .

٢ - تحديد الاحتياجات التربوية والتعليمية الخاصة للطفل ، وتحديد الأهداف الإجرائية الملائمة لإشباع هذه الاحتياجات .

٣ - تقييم البرامج والبدائل المتوافرة فى نطاق البيئة المحلية والقريبة بالنسبة للطفل ، وتحديد مدى كفاءتها فى مواجهة احتياجاته من حيث مدى توفر المناهج الدراسية والمواد التعليمية المناسبة ، وملاءمة التجهيزات المدرسية والكوادر البشرية من معلمين ومدرسين وإخصائيين وغير ذلك .

٤ - اختيار البرنامج المناسب لإشباع احتياجات الطفل وتحقيق أقصى درجة من النمو التعليمى والنفسى والاجتماعى وفى إطار الأهداف المراد تحقيقها .

وتتدرج هذه البرامج فى المستويات التالية التى يعرضها شكل ٤ :

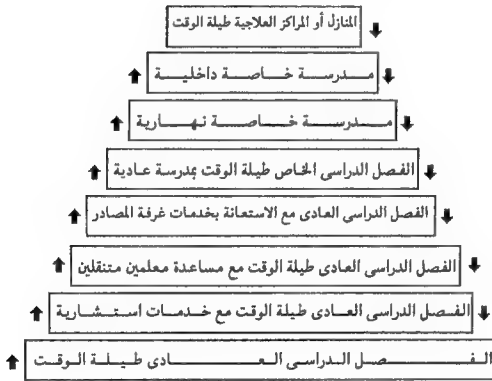
١ - برنامج الفصل العادى طيلة الوقت .

٢ - برنامج الفصل العادى طيلة الوقت مع توفير خدمات استشارية .

٣ - برنامج الفصل العادى طيلة الوقت مع مساعدة معلمين إخصائيين متنقلين .

٤ - برنامج الفصل العادى مع الاستعانة بخدمات غرفة المصادر .

- ٥ - برنامج الفصل العادى بالإضافة لفصل خاص يوميا .
 - ٦ - برنامج الفصل الخاص طيلة الوقت داخل مدرسة عادية .
 - ٧ - برنامج المدرسة الخاصة النهارية .
 - ٨ - برنامج المدرسة الخاصة الداخلية .
 - ٩ - برنامج خاص بالمنازل أو المستشفيات والمراكز العلاجية .
- وفيما يلى عرض لتلك البرامج والمستويات :



شكل (٤) التدرج الهرمى لبرامج التربية الخاصة ومستويات خدماتها

١ - برنامج الفصل العادى طيلة الوقت :

يتلقى معظم الاطفال غير العاديين الذين يعانون من إعاقات أو لديهم مشكلات بسيطة وفقا لهذا البرنامج خدماتهم التعليمية فى فصول دراسية عادية ، وتحت إشراف معلم عادى قادر على توفير بيئة ومواد تعليمية واتباع طرق تدريسية ملائمة للحاجات

الفردية لهؤلاء الأطفال ، ودون حاجة إلى مساعدة متخصصة من مستشارين أو معلمين إخصائيين في مجال التربية الخاصة ، ويعد هذا المستوى من الخدمات أقل الأوضاع التعليمية عزلا وتقييدا للطفل غير العادى ، حيث يكفل له أن يتعلم طوال الوقت وسط أقرانه العاديين مع الوفاء باحتياجاته الخاصة بحسب حالته .

٢ - برنامج الفصل العادى طيلة الوقت مع توفير خدمات استشارية :

يتلقى الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة تعليمهم طبقا لهذا البرنامج فى فصول المدارس العادية مع أقرانهم العاديين ، بحيث يعد معلم الفصل العادى مسئولا عنهم من الناحية الأكاديمية ، مع تزويده ببعض الخدمات المتخصصة فى مجال التربية الخاصة عن طريق معلم مستشار يتولى زيارة المدارس العادية التى بها أطفال غير عاديين بشكل دورى لتقديم الاستشارات اللازمة للمعلم العادى ، وتمكينه من تعديل البيئة والمواد والطرق التعليمية المعتادة لتصبح أكثر ملاءمة للاحتياجات الخاصة لهؤلاء الأطفال .

٣- برنامج الفصل العادى طيلة الوقت مع مساعدة متخصصين متنقلين او متجولين:

يقضى الأطفال غير العاديين معظم وقتهم فى الفصول الدراسية العادية ، ولا يتركونها سوى لفترات قصيرة يتلقون خلالها خدمات خاصة من إخصائيين مدربين فى مجالات مختلفة كالإعاقة البصرية أو عيوب النطق والكلام أو صعوبات التعلم وغيرها ، وينتقل هؤلاء الإخصائيون بين المدارس العادية التى بها أطفال معوقون طبقا لجدول زمنى محدد - أو عندما تقتضى الضرورة - لمواجهة المشكلات وعلاج الصعوبات التى يعانى منها أولئك الأطفال ، ولا يمكن للمدرس العادى معالجتها ، ويستعين الإخصائيون فى ذلك بالأجهزة والمواد والأدوات الطرق الخاصة ، كما يعملون مع الأطفال فرادى أو من خلال جماعات محدودة العدد فى مكان ملائم كال مكتبة أو غرفة الإخصائى النفسى أو الاجتماعى ، أو غرفة خاصة معدة لهذا الغرض .

وتزداد أهمية الإخصائى الزائر أو المتنقل فى المناطق الريفية التى يكون فيها عدد الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة قليلا لكنهم ينتشرون فى مساحة جغرافية شاسعة بحيث يصعب توفير خدمات خاصة ثابتة لهم فى مكان محدد ، كما يضمن هذا البرنامج أن يقدم إخصائى واحد خدماته لعدد كبير من الأطفال ، إضافة إلى أنه يتناسب وأنماط معينة من الانحرافات التى لاحتياج إلا إلى خدمات أو مواد تعليمية محدودة كعيوب النطق والفقدان

الجزئى للإبصار (فتحى عبد الرحيم وحليم بشاى ١٩٨٠ : ٤٣) هذا فضلا عن أنه يضمن بقاء الطفل مع أقرانه العاديين طوال الوقت عدا الفترة التى يكون بها الإخصائى المتنقل فى زيارة المدرسة والتى قد لا تتجاوز ساعة أو اثنتين أسبوعيا . ومن أهم عيوب هذا البرنامج أن المعلم المتنقل يقضى وقته فى التنقل بين المدارس ، ومن ثم قد لا يتوفر لديه الوقت الكافى لمواجهة الاحتياجات الأساسية للطفل غير العادى ، وللتعاون اللازم مع مدرس الفصل وإدارة المدرسة وأسرة الطفل .

٤ - برنامج الفصل الدراسى العادى مع الاستعانة بخدشات غرفة المصادر :

ينظم الطفل العادى طبقا لهذا البرنامج فى فصل دراسى عادى بمدرسة عادية ، بحيث يمكن له الانتقال من الفصل العادى لفترات محددة متفاوتة يومية أو أسبوعية - بحسب حاجته - إما منفردا أو ضمن مجموعة ، إلى غرفة خاصة داخل مدرسته أو على مستوى الحى يطلق عليها غرفة المصادر Resource Room يتلقى فيها تعليمها ومساعدات أكاديمية ومهارية وتوجيهية متخصصة ملائمة لإعاقته ، عن طريق معلم متخصص وذلك عندما يعجز المدرس العادى عن توفير هذه الخدمات ، أو تقديمها له ضمن نشاطات الفصل العادى .

ويشترط فى هذه الغرفة أن تكون واسعة جيدة الإضاءة والتهوية ، وفى موقع مناسب بالنسبة للمدرسة بحيث يمكن للأطفال الوصول إليها ببسر وسهولة ، كما يشترط أن تكون المدرسة التى بها هذه الغرفة - فى حالة مركزيتها - فى موقع متوسط بالنسبة للحى ، لى يسهل على الأطفال الوصول إليها من المدارس المجاورة .

كما يراعى أن تتوافر فيها التجهيزات والمواد والأدوات اللازمة للوفاء باحتياجات الأطفال المحولين إليها ومن أهمها :

١ - المقاعد والمناضد والأرفف والدواليب والسبورات والحواجز المتحركة ، بحيث يسهل تنظيم الأثاث وفقا للأغراض المتعددة للنشاط والتدريب .

ب - الوسائل التعليمية البصرية واللمسية والسمعية ، والأدوات والأجهزة والمواد التعليمية ، ومنها التسجيلات الصوتية والمرئية والصور الثابتة والمتحركة ، والشرائح الفوتوغرافية وأجهزة الراديو والتليفزيون والفيديو والسينما ، والمواد المطبوعة كالكتب والنشرات والمناهج واللوحات والملصقات والنماذج ، وغيرها .

وتتعدد أنواع غرف المصادر فمنها ما يقوم على أساس فئوى أو تصنيفى ، وبناء عليه تخصص غرفة مستقلة لتقديم الخدمات التربوية اللازمة لكل فئة من الفئات الخاصة ، ويتوافق هذا النوع مع ما يطلق عليه الإعداد التصنيفى للمعلمين Categorical Teacher Education الذى يتم بمقتضاء إعداد معلم متخصص للعمل مع إحدى الفئات الخاصة دون غيرها ، ومن أنواع غرف المصادر أيضا ما يخصص لخدمة أكثر من فئة فى وقت واحد تبعاً للاحتياجات التربوية والتعليمية المشتركة فيما بينها . وقد تخصص غرف مصادر لأغراض علاجية معينة أو لإكساب مهارات فى مجالات محددة ؛ كاللغوى والكلام أو العمليات الحسابية ، أو لجميع الأطفال ممن يواجهون صعوبات تعليمية أو مشكلات سلوكية بسيطة أو متوسطة .

ويتولى الإشراف على غرفة المصادر وإدارتها معلم أو إخصائى مصادر أو عدة معلمين من المتخصصين فى تربية الفئات الخاصة وتعليمهم ممن تلقوا تدريباً شاملاً على استخدام طرق وبرامج وأساليب تربوية خاصة تستخدم من قبل المدرس العادى - كطريقة برايل بالنسبة للمكفوفين ، ولغة الإشارة وقراءة الشفافة بالنسبة للصم وضعاف السمع - وكذلك على استخدام أدوات ووسائل معينة لا تتوفر فى الفصول الدراسية العادية ككتب ومواد وآلات برايل الكاتبة ، وأجهزة التسجيل الخاصة بالمكفوفين .

ومن أهم مهام معلم أو إخصائى المصادر ما يلى :

- أ - ترتيب غرفة المصادر وتنظيمها وإدارتها بما يتطلبه ذلك من اختيار الأثاث والأجهزة والمواد التعليمية ، وتنظيم المقاعد وحفظ المواد والملفات وتهيئة بيئة تعليمية مواتية ، وإدخال التعديلات اللازمة عند اللزوم .
- ب - تحديد مستوى الأداء والاحتياجات التربوية والتعليمية الخاصة للتلاميذ الذين يحالون من فصولهم العادية إلى غرفة المصادر ، وذلك باستخدام الوسائل والأدوات اللازمة لذلك كالاختبارات والمقاييس ، والملاحظة والمقابلة الشخصية ، والإفادة من البيانات المتجمعة من الوالدين وتقارير المعلمين وأعضاء فريق التقييم الشامل .
- ج - تحديد المهارات التعليمية المطلوبة والاستراتيجية التدريسية ، والأنشطة والإجراءات العلاجية المناسبة .
- د - اختيار المواد والوسائل التعليمية واستخدام طرق وأساليب تدريسية تتوافق مع

احتياجات التلاميذ وخصائصهم .

هـ- متابعة التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة فى فصولهم العادية ، وتقديم النصع والمشورة والإرشاد المدرسى فى هذه الفصول بشأن كيفية معاملتهم ، ومناقشة وتبادل الأفكار والمقترحات بخصوص مشكلاتهم ، والطرق التدريسية والبيئة التعليمية الأكثر ملاءمة وقاعدية بالنسبة لهم .

و - تعليم بعض المعلمين وتدريبهم على مهارات وأساليب التعامل مع ذوى الاحتياجات الخاصة داخل الفصول العادية ، وتزويدهم بالكتيبات والوسائل التعليمية اللازمة فى هذا الصدد .

ز - توثيق الصلة بين المدرسة وأسر ذوى الاحتياجات الخاصة ، وزيادة استبصار الوالدين بخصائص الطفل المعوق واحتياجاته ، وبدورهما فى متابعة غوه التعليمى ، وتزويدهما بالمعلومات اللازمة عن أوجه الخدمات الاجتماعية والطبية والترفيهية المتاحة له فى البيئة المحلية .

ومع أنه يمكن استخدام برنامج غرفة المصادر مع جميع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع تفاوت الفترات الزمنية التى يمضيها الأطفال بهذه الغرفة تبعاً لاختلاف أشكال انحرافهم ومدى هذه الانحرافات ، وما يترتب على ذلك من معالجات فردية أو ضمن مجموعات صغيرة داخل غرفة المصادر ، إلا أن هذا البرنامج يعد من أنسب البرامج للأطفال المتفوقين والموهوبين ، وذوى الإعاقات الخفيفة ممن يفضل وضعهم داخل الفصول العادية مع انتقالهم لغرفة المصادر لبعض الوقت كالتخلف العقلى البسيط ، وبطء التعلم ، وصعوبات التعلم ، والمشكلات السلوكية والانفعالية البسيطة .

ويتميز برنامج غرفة المصادر عن البرامج والنظم التقليدية الأخرى كالمؤسسات والمدارس الخاصة النهارية والداخلية بأنه يتيح لذوى الاحتياجات الخاصة الدراسة مع أقرانهم العاديين بالمدارس والفصول العادية ومن ثم الاحتكاك بهم والتفاعل معهم ، وفى الوقت ذاته يوفر لهم فرصة تلقى التعليم المتخصص الملائم لنوعيات انحرافاتهم عن طريق معلم متخصص وغرفة مزودة بالتجهيزات اللازمة لإشباع احتياجاتهم الخاصة ، ومع ذلك فإن من أهم سلبيات هذا البرنامج صعوبة توفير غرف مصادر بجميع المدارس العادية مما قد يضطر الطفل غير العادى إلى الانتقال للوصول إلى مدرسة يتوفر بها برنامج غرفة مصادر

فى البيئة المحلية أو قريبا منها .

٥ - تعليم الطفل غير العادى فى فصل عادى بالإضافة إلى فصل خاص يوميا :

يصلح هذا البرنامج لإعاقات أكثر حدة تحتاج إلى خدمة تعليمية خاصة مستمرة ، بحيث يمكن للطفل الذى يعانى من هذه الإعاقة أن يتلقى بصورة يومية جزءا من تعليمه مع الأطفال العاديين فى مواد دراسية وأنشطة معينة ، وينتقل فى الجزء الآخر من اليوم إلى فصل خاص بالمدرسة ذاتها لدراسة بعض الموضوعات أو المواد الدراسية التى لا يمكنه - أو يصعب عليه - دراستها مع الأطفال العاديين لعدم استطاعته مسايرتهم فى ذلك ، إما لمحدودية مقدراته العقلية أو لبطء معدل تعلمه مثلما هو الحال بالنسبة للمتخلفين عقليا القابلين للتعلم .

٦ - تعليم الطفل غير العادى فى فصل خاص بمدرسة عادية طيلة الوقت :

فى بعض الحالات التى تبلغ فيها درجة التباعد بين أداء الطفل العادى وغير العادى حدا كبيرا تكون الفصول الخاصة أمرا لا مفر منه ، كما هو الحال بالنسبة للصم والمتخلفين عقليا بدرجة شديدة ، حيث يستلزم الأمر أن يقضى أمثال هؤلاء الأطفال - من كل فئة متجانسة - كل يومهم الدراسى فى فصول خاصة - داخل المدرسة العادية - ليتعلموا وفق برامج خاصة أعدت لهم تحت إشراف معلم متخصص . ويعد هذا البرنامج أكثر تقييدا للطفل غير العادى من البرامج سالفه الذكر ، إلا أن الفرص فيه مازالت متاحة للاحتكاك والتفاعل فيما بينه وأقرانه العاديين الذين يتلقون تعليمهم فى المدرسة نفسها خلال فترات الراحة وأثناء ممارسة النشاطات المدرسية غير الأكاديمية. ومن أهم ما يؤخذ على هذا البرنامج أنه يؤدى إلى إظهار اختلاف الطفل غير العادى والتركيز على انحرافه عن بقية الأطفال العاديين داخل المدرسة مما قد يؤدى إلى آثار سلبية لاسيما بالنسبة للأطفال المعوقين .

٧ - تعليم الطفل غير العادى فى مدرسة خاصة نهائية Special School

خلال هذا البرنامج يتلقى الطفل غير العادى تعليمه وتدريبه فى مدرسة خاصة مستقلة عن مدارس العاديين ، وغالبا ما تكون هذه المدرسة ذات تجهيزات وبرامج تعليمية وتدريبية تختلف باختلاف نوعية الانحراف أو الإعاقة التى يعانى منها الأطفال الذين يستفيدون من خدماتها . فهناك مدارس خاصة بالصم وأخرى بالمتخلفين عقليا وأخرى

بالمكفوفين وأخرى بالمضطربين سلوكيا ، هذا يعنى أن تلك التجهيزات والبرامج يتم تنظيمها وإدارتها بما يفي باحتياجات كل فئة ومن ثم فإن هذه المدارس تختلف عن مدارس العاديين فمن أهم ما تشتمل عليه إلى جانب البرامج والمواد والأجهزة بعض الخدمات الخاصة الأخرى كالعلاج الطبيعى وورش التدريب المهنى ، كما صُمم هذا البرنامج بحيث يقضى الأطفال غير العاديين يومهم فى هذه المدارس ويعودون إلى بيوتهم فى نهايته .

٨ - إقامة الطفل غير العادى فى مدرسة داخلية :

يعد هذا البرنامج - حيث يقيم الطفل غير العادى فى مدرسة داخلية - وما يليه من برامج من أكثر الأوضاع التعليمية عزلا للطفل عن بيئته الطبيعية العادية ، كما أنه غالبا ما يزيد من وطأة شعور الطفل بإعاقته ويؤكد عليها . إلا أنه برغم هذه المآخذ قد يعد أكثر البرامج صلاحية لبعض الحالات التى يبدو معها الوالدان غير قادرين على مراجعة متطلباتها ، إذ تستلزم رعاية مستمرة وإمكانات علاجية لا يتسنى لهما توفيرها ، وتتضمن خدمات المدرسة الداخلية كل وجوه الرعاية من مأكّل وعلاج وخدمات نفسية واجتماعية وبرامج تعليمية ، ويعتبر هذا البرنامج من أكثر البرامج صلاحية بالنسبة للأطفال ذوى الإعاقات الحادة ، والمتعددة ، والذين يعانون من اضطرابات انفعالية ، والجانحين والعدوانيين ، وقد تقتضى مثل هذه الحالات عدم إقامتهم بين أعضاء أسرهم وفى البيئة الخارجية خوفا من تفاقم حالاتهم إلى أبعد مما وصلت إليه ، ويساعدهم هذا البرنامج على زيادة استبصارهم وتنمية اعتبارهم لذواتهم ، كما تتضمن رعايتهم تعريضهم لبرامج خاصة لتعديل السلوك وإعادة تنظيمه ، وأكسابهم عادات جديدة بصورة تدريجية .

٩- تلقى الخدمات التعليمية والعلاجية فى المنازل أو المستشفيات والمراكز العلاجية :

هناك حالات إعاقة حادة أو متدهورة بدرجة شديدة تستلزم رعاية طبية واجتماعية بصورة مستمرة ولفترة طويلة ، وقد تكون متصلة ، هذه الرعاية قد تكون فى المنزل لصعوبة توفيرها فى المدرسة الداخلية ، وقد لا يتسنى تقديمها سوى فى مستشفى أو مركز علاجى متخصص ، كما تتطلب مثل هذه الحالات خدمات تعليمية لتجنب ما قد يترتب عليها من تخلف وتأخر دراسى ، وتقدم هذه الخدمات من خلال زيارات المدرسين والخبراء المتنقلين لتلك المستشفيات والمراكز لمدة محددة يوميا ، أو عن طريق فصول خاصة يعمل بها معلمون متخصصون بالمستشفيات الكبيرة .

ونظرا للتقدم التكنولوجى فقد أقيمت ببعض المدن الأمريكية اتصالات تليفونية

مزدوجة بين منازل هؤلاء الأطفال والفصول الدراسية بحيث يتسنى للطفل الاستماع لما يلور داخل الفصل الدراسي والمشاركة فى المناقشات الجارية فيه . وهناك أيضا ما يعرف بالتدريس التليفونى Teleteach ويكفل للطفل تبادل الاتصال مع معلمه وأقرانه من منزله .

العمل الفريقي المتعدد التخصصات والتربية الخاصة

سبقت الإشارة إلى أن خدمات ذوى الاحتياجات الخاصة ونظم رعايتهم ومن بينها الرعاية التربوية تقوم على برامج تكاملية شاملة ومتواصلة ، وأنها عمل فريق متعدد التخصصات يعتمد فى أدائه على الروح الجماعية والتعاونية ، والتنسيق وتبادل المعلومات والخبرات ، وأن هذه البرامج تعد إستثمارا وترجمة لما تسفر عنه عمليات القياس والتقييم الشامل التى يقوم بها أعضاء هذا الفريق - كل حسب تخصصه - حالة الطفل وأبعاد نموه المختلفة من النواحي الجسمية والحركية والحسية ، والمعرفية واللغوية والانفعالية والاجتماعية ، باستخدام الوسائل والأدوات والفنيات الملائمة ، وتحديد احتياجاته العامة - التى يشترك فيها مع غيره من الأطفال - والخاصة - التى ترتبط بحالته كفرد - ويمكن تلبيتها عن طريق هذه البرامج .

ويلفت " برينان " (١٩٩٠: ٥٢- ٥٤) الانتباه إلى العلاقة المتبادلة والوثيقة بين التخصصات المختلفة ، وتأثيرها على التربية الخاصة عندما يشير إلى أن توفير معلمين أكثر تأهيلا وبعدد يتناسب وأعداد التلاميذ ، مع مشاركة الأسر فى تربية أطفالهم ، وتطوير الخدمات الطبية والاجتماعية والنفسية ، من شأنه أن يعمل على تحسين المنهج والتدريس ، بينما يؤثر الضعف وعدم الكفاية فى هذه النواحي بشكل عكسى على مقدرة المدرسة وعطائها ، كما أن الاتجاهات السائدة فى المجتمع نحو الأفراد غير العاديين تؤثر بدورها جزئيا على التسهيلات المتاحة لكل من المنهج الدراسى والخدمات الأخرى الطبية والاجتماعية والتأهيلية ، مثلما تسهم فى تشكيل الفلسفة التربوية للمسؤولين عن تطوير المناهج للاحتياجات الخاصة .

ويؤكد " ألفريد هيلى " (زميلاه ١٩٩٣: ٦٥ ، ٨٢) على أنه بسبب الطبيعة المعقدة لمشكلات الأطفال المعوقين والمعرضين للخطر ، وترابط مظاهر النمو المختلفة و تداخلها ،

فإن القرارات بشأن مايلزم عمله مع هؤلاء الأطفال ، ومن الذى يجب أن يوكل إليه ذلك العمل ، يتحتم اتخاذها من قبل الفريق المتعدد التخصصات ككل ، كما يؤكدون على أن مثل هذه القرارات سوف تكون أكبر من مجرد مجموع أفكار الإخصائيين منفردين أو منفصلين عن بعضهم البعض ، فالآراء المشتركة تقود إلى ملاحظات أكثر دقة وملاءمة . وأن منحى الفريق المتعدد التخصصات يستند فى جوهره على فكرة مؤداها أن نتائج التفاعلات النشطة بين ذوى التخصصات المتنوعة تختلف نوعيا عن النتيجة الإجمالية لإسهامات تلك التخصصات فى حالة تقديم كل منها بمفرده أو على نحو منفصل .

كما إن تعدد التخصصات المهنية لأعضاء فريق العمل ، والطرق والفنيات التى يستخدمونها ، والجوانب التى يتناولونها من شخصية الطفل ، وتكامل المعلومات المتجمعة نتيجة لذلك كله سوف يضمن مزيداً من العمق والدقة فى وصف مشكلة الطفل ونوعية ودرجة إعاقته والصعوبات التى يعانها ، وتحديد احتياجاته (عملية التقييم) من ناحية ، ومزيداً من الملاءمة فى اتخاذ القرار بشأن البرنامج التربوى والعلاجى اللازم لاحتياجات الطفل وإعداده وتطبيقه وتقويم فاعليته (عملية التدخل التربوى) من ناحية أخرى وذلك على أساس أن جميع أعضاء الفريق يشاركون فيه ويتحملون معا مسئولية تنفيذه .

من زاوية أخرى فإن نجاح برامج الرعاية المدرسية أو المؤسسية للمعوق ، وعمليات تأهيله النفسى والمهنى والاجتماعى لا يرتفعن باستعداداته ومقدراته ، أو بإمكانات المدرسة أو المؤسسة فحسب ، وإنما يرتبط أيضاً بمستوى التمكن المهنى والمهارات الفردية التى يتمتع بها أعضاء الفريق القائم على أمر رعايته وتأهيله ، والإسهام الفعال من قبل والديه وأسرته فى البرنامج المحدد لرعايته ، إضافة إلى المقدرة على توظيف هذه المهارات والخبرات التخصصية من منظور جماعى شامل لتحقيق الغايات المشتركة للعمل الفريقى ، والأهداف النهائية المتوخاة من عمليات التدخل المهنى ككل بالنسبة للطفل .

وكثيراً ما تنشأ الصعوبات بالنسبة للعمل الفريقى نتيجة نقصان التدريب على التكامل والعمل الجماعى ، وغلبة التحيزات المهنية لكل عضو على حساب بقية التخصصات المسهمة الأخرى ، والإخلال بالالتزامات المشتركة إزاء الطفل ، وافتقار المرونة الكافية والتفاعلات بين أعضاء الفريق ، وسيادة الطابع الفردى التنافسى على حساب

الطابع الجماعى والتكاملى ، وعدم الموازنة بين أغراض التدخل المهنى التخصصى الضيق من ناحية ، وأغراض التنمية والتطوير الشامل والكلى لحالة الطفل من ناحية أخرى .

لذا .. فإن من أهم أسس نجاح العمل الفريقى أن يتفهم كل عضو فيه طبيعة دوره ، والمهام الموكولة إليه ، وأن يعى بأدوار الآخرين واختصاصاتهم ويقدرها ، وأن يدرك العلاقة المشتركة بين دوره واختصاصاته وأدوار واختصاصات الآخرين ، وأن تكون هناك آليات تنظيمية وإدارية داخل المدراس والمؤسسات تضمن لأعضاء الفريق المشاركة الجماعية فى اتخاذ القرارات فى مراحل التقييم والتشخيص ، وتهيئة الخدمات اللازمة ، ومتابعتها وتقييم مدى فاعليتها ، كما تكفل التنسيق والانسجام بين الأدوار الموكولة إلى كل منهم بحيث تجعل من العمل المهنى منظومة متكاملة لمصلحة الطفل ، وتحقق لهذا العمل أقصى درجة ممكنة من الإيجابية والفاعلية .

وقد دعى " كابلر " وآخرون إلى ضرورة اتباع إجراءات معينة منظمة لضمان مساهمة جميع أعضاء الفريق فى عملية اتخاذ القرار بشكل غير متحيز ، وعدم إهمال المجالات الأساسية والحوية فى عملية التقييم ومن بين هذه الإجراءات :

إدراك المشكلة :

١- إعطاء كل عضو الفرصة لتحديد ما يُفترض أن يكون مشكلة أولية .

٢- يتم رصد وتسجيل كامل لاستراتيجيات المعالجة السابقة .

٣- يتم تقييم استراتيجيات المعالجة السابقة ، وملاحظة مدى فاعليتها .

استكشاف البدائل :

١- يتم تحديد وتسجيل احتياجات التلميذ كما يدركها أعضاء الفريق .

٢- يتم تحديد وتسجيل الاستراتيجيات العلاجية أو التى تساعد فى معالجة احتياجات التلميذ .

٣- يتم تقييم كل بديل مقترح للمساعدة فى تحديد تطبيقاته الملائمة .

اختيار الحل :

١- اختيار الأنشطة التى يتم إدراكها على أنها الأكثر ملاءمة للتطبيق الحقيقى

٢- يتم تحديد مسئوليات معينة لكل عضو من أعضاء الفريق .

٣- تحديد الخطوات المطلوبة لتطبيق البدائل المختارة وفقاً لجدول معين . (لنذا هارجروف وجيمس بوتيت ، ١٩٨٨ : ٦٨)

أعضاء الفريق :

يتكون فريق العمل والتقييم مع الفئات الخاصة من عدة أعضاء ، هم :

- الوالدان . - معلم التربية الخاصة .

- الإخصائي الاجتماعي . - الشخص المعوق ذاته .

- مدير المدرسة أو المؤسسة . - الإخصائي النفسي .

- الطبيب .

كما يتضمن الفريق أعضاء آخرين يختلفون بحسب الحاجة وحالة الإعاقة ، من بينهم إخصائي العلاج الفسيولوجي والطبيعي ، إخصائي الكلام والتخاطب ، إخصائي التدريب والتأهيل المهني ، إخصائيو قياس السمع ، والإبصار ، ومعالجون بالعمل والفن والموسيقى وغيرهم . وفيما يلي توصيف لأهم الواجبات والمهام الموكولة لبعض أعضاء هذا الفريق .

أولاً : الوالدان ،

تتحمل الأسرة - كلها أو بعض أفرادها لاسيما الوالدان - مسئوليات وواجبات كثيرة لمساعدة الطفل المعوق في التغلب على كثير من مشكلاته خاصة في سنوات الطفولة المبكرة . فعلى عاتقها تقع المسؤولية الأولى في رعاية نمو الطفل ، وفيها يخبر الطفل ردود الأفعال أو الاستجابات الانفعالية الأولى إزاء مظاهر قوته وضعفه سواء بالرضا والتقبل والتفهم ، أم بالرفض والإنكار والشعور بالذنب وتناقض المشاعر . وتحدد هذه الاستجابات إلى حد كبير طريقة معاملة الوالدين للطفل صحيحة أم خاطئة ، كما تشكل أساساً قوياً لنمو شخصية الطفل ونمط توافقه ، وشعوره بهويته الذاتية ، وتشكيله لمفهومه عن ذاته على نحو إيجابي أم سلبي ، ويعد الوالدان عنصراً مهماً داخل فريق العمل ليس باعتبارهما متلقيان للخدمات ، وإنما كمشاركين فاعلين في تقديم هذه الخدمات لاسيما ما يتم تطبيقه منها ومتابعته وتقييمه داخل المنزل .

واجبات الوالدين ومهامهما :

- ١ - إجراء الفحوص والاستشارات الوراثية اللازمة قبل الزواج لاسيما إذا كانا من الأقارب ، للوقاية من إنجاب أطفال معوقين بسبب الأمراض الوراثية .
- ٢ - تأمين صحة الأم الحامل ، واتخاذ التدابير الطبية للكشف عن الأمهات الأكثر عرضة لولادة أطفال معوقين كما فى حالات التعرض للإشعاعات ، والإصابة ببعض الأمراض ، كسوء التغذية ، وتسمم الحمل ، والحصبة الألمانية والزهرى والسكر وغيرها .
- ٣ - إجراء التحصينات والتطعيمات المبكرة للطفل ضد الأمراض كشلل الأطفال والدن الروئى والحصبة وغيرها .
- ٤ - توفير الغذاء المتكامل لضمان النمو الجسمى والعقلى للطفل .
- ٥ - متابعة نمو الطفل وسلوكه من حيث النواحي الصحية والجسمية والحركية والحسية - البصرية والسمعية خاصة - واللغوية والانفعالية والاجتماعية ، وإحالة إلى المتخصصين لدى ملاحظة أى قصور وذلك لمزيد من الفحص والتقييم .
- ٦ - إمداد الإخصائيين بالبيانات الدقيقة الوافية اللازمة عن الطفل ، وظروفه البيئية ، بما يساعدهم على تقييم حالته وتشخيصها بدقة ، وتحديد احتياجاته الخاصة ، والبرنامج الملائم لرعايته .
- ٧ - اتباع أساليب والدية إيجابية فى تنشئة الطفل ورعايته ، قوامها الرضا والتقبل والواقعية ، والتشجيع والمساندة ، والنظرة التفاضلية إلى الطفل المعوق ليس على أنه فرد ناقص ، وإنما على أنه كيان متكامل يتمتع بإمكانات واستعدادات قابلة للنمو إذا ما أتاحت له الفرصة لذلك .
- ٨ - توفير بيئة أسرية تكفل إشباع الحاجات الأساسية للطفل ، وتنمية مهاراته الحسية والحركية واللغوية ، ومهارات الاستقلالية والاعتماد على النفس بقدر استعداداته ، وكذلك اتجاهاته الاجتماعية بما يحقق تفاعله واندماجه مع الآخرين فى محيطه الأسرى والعائلى والاجتماعى .
- ٩ - التعرف على استعدادات الطفل فى المجالات المختلفة ، وتجهيته للالتحاق بالمدرسة .

١٠ - التعاون والتنسيق مع بقية الإخصائيين فى المدرسة أو المؤسسة لمتابعة حالة الطفل ، ومشاركتهم تنفيذ البرنامج المحدد لرعاية الطفل تعليميا ومهنيا وتأهليا ، ومساعدتهم على تقويم فاعلية البرنامج .

١١- الدفاع عن حقوق الطفل فى الخدمات المختلفة وحمايتها .

ثانياً ، مهام وواجبات معلم الفتيات الخاصة ،

١- المشاركة فى تقييم وتشخيص الحالات ، وتحديد مستوى الأداء التحصيلى الحالى لها .

٢ - المشاركة فى تحديد الاحتياجات الخاصة عموماً لكل حالة مع التأكيد على الاحتياجات التربوية والأكاديمية لها .

٣ - تحديد الأهداف التربوية والتعليمية لكل طفل .

٤ - تحديد البرنامج التربوى والتعليمى ، والبرنامج الفردى والأنشطة الجماعية المناسبة لكل طفل .

٥ - تحديد الخطة التعليمية ومستوياتها .

٦ - تحديد المواد والمصادر والوسائل والأنشطة التعليمية المناسبة لحالة الطفل .

٧ - تحديد أساليب التدريس وطرقه المناسبة لكل طفل .

٨ - تنفيذ عملية التدريس .

٩ - التقييم المستمر لأداء الطفل قبل التدريس وأثنائه وبعده ، ومتابعة التقدم والنمو التعليمى والمعرفى والمهارى والوجدانى للطفل .

١٠ - استخدام طرق وأساليب تعديل السلوك المناسبة لحالة الطفل .

١١ - المشاركة فى إرشاد ومعاونة المعلمين العاملين بالمدارس العادية التى يتعلم فيها أطفالاً ذوو احتياجات خاصة (وزارة التربية والتعليم ، ١٩٩٥ " أ " : ٧٥) .

١٢ - المشاركة فى التوجيه والإرشاد الأسرى ، لاسيما بالنسبة للموالدين وأولياء الأمور ، فيما يتعلق بالجوانب الأكاديمية والتحصيلية للطفل ومشكلاته .

١٣ - تهيئة المواقف والبرامج التربوية ، والأنشطة الثقافية والاجتماعية ، والفنية والرياضية ، والرحلات والزيارات التى من شأنها أن تعزّز شعور الأطفال بالسعادة ،

وتوثق صلاتهم ببياناتهم ومجتمعهم ، و تحقق إندماجهم الاجتماعى .

١٤- التعاون مع بقية الإخصائيين فى فريق التربية الخاصة ، وتبادل المعلومات اللازمة معهم بشأن نمو الطفل ومشكلاته ، وإحالة إلى غيره من المتخصصين عند اللزوم وبما يحقق صالح الطفل .

ثالثا : مهام وواجبات الإخصائى النفسى فى مجال التربية الخاصة :

حدد فاروق صادق (١٩٩١) واجبات الإخصائى النفسى فى مجال ذوى الاحتياجات الخاصة على النحو التالى :

١- المشاركة فى فرز الحالات : Screening وذلك من خلال المسوح التى تجريها السلطات أو الدوائر التعليمية أو الصحية أو الاجتماعية بغية الكشف عن مدى انتشار نوعية أو شكل معين من أشكال الانحراف ؛ كالتخلف أو التفوق العقلى أو الصمم أو العمى وتحديد حجم الظاهرة على مستوى شريحة اجتماعية محددة أو على مستوى المجتمع ككل .

٢ - المشاركة فى عملية التقييم والتشخيص Assessment الشامل للحالة : وذلك للتعرف على إمكاناتها وأوجه القصور فيها من الجانب النفسى ، عن طريق المقابلة ، وتطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية المقننة ، مع الاستعانة بمصادر البيانات الأخرى المتاحة من الوالدين والتقارير الطبية والاجتماعية ، بحيث يتم تحديد الخصائص السلوكية المؤثرة فى أداء الحالة إيجاباً وسلباً ، ومن ثم احتياجاتها الخاصة .

جدير بالذكر ضرورة التزام الإخصائى النفسى بمعايير وضوابط أخلاقية ومهنية معينة فى استخدامه الاختبارات والمقاييس لعل من أهمها أن تكون تلك الاختبارات مستوفية للشروط السيكومترية اللازمة ؛ كالموضوعية والثبات والصدق ووجود معايير يمكن مقارنة أداء الأفراد بها ، وأن يحتفظ الإخصائى بسرية البيانات المستخلصة من هذه الاختبارات ، وألا يتم تداولها بين غير المهنيين ، أو اطلاع أحد عليها إلا بغرض الاستفادة بها لمصلحة المفحوص وبما لايشكل تهديدا لذاته أوضررا عليه ، وبعد موافقته ، وأن يحاط المفحوص بنتيجتها إذا كان راشدا مستبصرا وفى حالة رغبته فى ذلك ، ومن المهم أيضا أن يُنظر إلى نتائج الاختبارات والمقاييس كمؤشرات Indicators مبدئية على وجود الصفات المقيسة لدى الفرد ، ويتم تفسيرها

فى ضوء البيانات الأخرى المتجمعة عنه ، وليس على أنها أحكاما تصنيفية قاطعة أونائية أو دائمة عليه بالتخلف العقلى مثلا أو الاضطراب وعدم الاتزان الانفعالى .
(أحمد عيد الخالق ، ١٩٨٩ ، عبد الرحمن عدس ، ١٩٨٩ ، Anastasi, 1982) .

٣ - المشاركة فى قرار توجيه الحالات وقبولها Admission فى المدرسة أو المؤسسة :
وذلك على أساس خصائص كل حالة ، ومدى استفادتها من البرنامج أو البرامج الموجودة داخل هذه المؤسسة ، ومدى استيفاء الحالة لشروط القبول بها .

٤ - تصنيف الحالة وتسكينها Placement فى مستوى مناسب أو فى مجموعة مناسبة بناء على مؤشرات واقعية عن مستوى أداء الحالة ، ومدى تجانسها مع غيرها من الحالات واحتياجاتها الخاصة ، وذلك بما يضمن النمو والتوافق وأفضل أداء ممكن .

٥ - المشاركة فى رسم البرنامج الفردى والجماعى وتنفيذه : Educational Programing
يشارك الإخصائى النفسى الإخصائيين الآخرين فى المدرسة أو المؤسسة تحديد الأهداف الإجرائية للبرنامج وتخطيطه ، كما يقوم بترجمة هذه الأهداف إلى أنماط سلوكية ومفاهيم ومهارات ويشرحها للمدرس أو للمعالج ، وكذلك تحديد نوع الموقف والإمكانات والأنشطة الممكن استخدامها مع الحالة ، ومتابعتها ، ومناقشتها ، وتحديد الخطوات التالية كما هو الحال فى مؤتمر الحالة Case Conference .

٦ - التوجيه والإرشاد الفردى أو الجمعى Individual & Group Guidance : تعد مهمة التوجيه والإرشاد النفسى لذوى الاحتياجات الخاصة من أهم واجبات الإخصائى النفسى ، حيث يعانى أفراد هذه الفئات عديدا من المشكلات اليومية الحياتية أو الأسرية أو التوافقية الدراسية والاجتماعية ؛ كالانسحاب والاضطراب الانفعالى والقلق والصراع والتناقض الوجدانى والعدوان وغيرها ، وهو ما يستلزم تدخل الإخصائى النفسى بجمع البيانات عن كل حالة ، واستخدام طريقة العلاج المناسبة لمساعدتها على تحقيق التوافق الشخصى والاجتماعى ، وإشباع حاجاتها النفسية ، وتنمية استعداداتها للمشاركة والتفاعل الاجتماعى .

٧ - المشاركة فى تشخيص صعوبات التعلم وعلاجها : حيث يُتوقع أن تُصاحب الإعاقة بعيوب وصعوبات فى القراءة أو الكتابة ، أو تعلم العمليات الحسابية ، وكذلك عيوب النطق والكلام والتعبير اللفوى ، ويشارك الإخصائى النفسى مع كل من

المعلمين والإخصائيين الآخرين فى تخطيط البرنامج التعليمى الفردى لمثل هذه الحالات وتنفيذه ومتابعته وتقييمه .

٨ - المشاركة فى التوجيه التربوى والمهنى : Educational & Vocational Guidance
يلزم ذوو الاحتياجات الخاصة توجيهها ديناميا متصلا لكل حالة منذ دخول المؤسسة أو المدرسة حتى الانتهاء من التعليم ثم التدريب والتأهيل المهنى والاجتماعى ، عن طريق جمع البيانات اللازمة عن ميولها واستعداداتها ، ومتابعتها وملاحظتها فى مواقف الأداء الدراسى والنشاطات المختلفة داخل المؤسسة وخارجها ، والقيام بتسجيل هذه الحقائق ، والإفادة منها فى توجيه الحالة ونقلها من جماعة إلى جماعة ، أو من مرحلة تعليمية إلى أخرى مهنية أو تشغيلية وظيفية .

٩ - متابعة الحالات : Follow up بعد تخرجها ومساعدتهم فى الاتصال بأماكن العمل والتشغيل بعد انتهاء برامجهم داخل المدارس والمؤسسات ، وعلى تحقيق التوافق الاجتماعى والمهنى مع ظروف العمل .

١٠ - المشاركة فى برامج إعادة التأهيل Rehabilitation : ربما لا تستطيع بعض الحالات التوافق مع حياة العاديين بعد اكتمال تعليمها أو تأهيلها مهنيا ، نظراً لعدم كفاءتها الشخصية والاجتماعية والمهارية المهنية ، ويتطلب ذلك مشاركة الإخصائى النفسى فى إعادة تدريب هذه الحالات وتأهيلها بما يتناسب مع خصائص كل منها ، والمهارات المستلزمة ، واحتياجات المجتمع .

١١ - المشاركة فى تعليم أولياء الأمور وتدريبهم Parental Education & Training
وذلك لزيادة كفاءة الوالدين والأسرة ، فى تحمل مسئولياتهم إزاء الحالة ، عن طريق الإرشاد الأسرى وتعريف الوالدين بماهية الإعاقة وأسبابها ومظاهرها وتأثيراتها على كل من الفرد والأسرة والمجتمع ، وتصير الوالدين بأهداف البرنامج التعليمى أو التأهيلى أو العلاجى ودورها فى تنفيذه ومتابعته .

١٢ - المشاركة فى عملية الدفاع الاجتماعى عن ذوى الاحتياجات الخاصة Advocacy :
ويقصد بها التعريف بحقوقهم فى التعليم والتأهيل والاندماج الاجتماعى ، والعمل أو التشغيل ، وكذلك حقوقهم المدنية والشرعية ، ورعايتهم صحيا واجتماعيا وتربويا ومهنيا ، والعمل على كفالة هذه الحقوق وتأمينها . (فاروق محمد صادق ، ١٩٩٢) .

وأخيرا : مهام وواجبات الإخصائي الاجتماعي في مجال التربية الخاصة :

- ١- المشاركة فى عمليات التشخيص والتقييم الشامل بجمع البيانات وإجراء البحوث الاجتماعية وتقديم التقارير ، مع التأكيد على التاريخ التطورى للحالة فى الماضى والحاضر ، والخلفية الأسرية وردود أفعال الأسرة إزاء حالة الطفل ، والواقع الاجتماعى له ، وعلاقاته ومشكلاته الاجتماعية ومدى نضوجه الاجتماعى .
- ٢- بناء وتنمية علاقات مهنية فعالة مع الطفل وأسرته قائمة على الثقة والاحترام المتبادل ، وإظهار مشاعر الاهتمام والتعقل والمساندة والتشجيع ، واستخدام أساليب الشرح والتفسير والإقناع .
- ٣- استخدام فنيات وطرق التدخل المهني المتعددة للخدمة الاجتماعية لمواجهة مشكلات الطفل ومساعدته على التوافق ؛ كخدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع .
- ٤- المشاركة فى عملية الإرشاد الأسرى لمساعدة الأسرة على التخفيف من المشاعر السلبية تجاه الإعاقة ، وتصحيح مفاهيمها عن حالة الطفل وأسبابها ، وتبصيرها بدورها فى تقبله والتعايش مع حالته ، وكيفية معاملته ، وتهئية مناخ أسرى آمن خال من الضغوط البيئية قدر الإمكان .
- ٥- المشاركة فى التوجيه والمتابعة المستمرة للطفل وغوه خلال مراحل تعليمه وتأهيله ، وبعد تشغيله وتأهيله اجتماعيا ، للتعرف على مابواجهه من صعوبات ومشكلات ، ومساعدته فى حلها وفى تحقيق المزيد من التوافق الشخصى والاجتماعى والمهني .
- ٦- ملاحظة سلوك الطفل وعلاقاته وتفاعلاته داخل البيئة الأسرية ، والمدرسية أو المؤسسية ، والمجتمعية ، للوقوف على أهم مشكلاته ومساعدته على تقبل الحياة الاجتماعية ، وتحسين علاقاته ومقدرته على الأداء والاندماج الاجتماعى .
- ٧- تبصير المعوق بحقوقه وواجباته ، وتعريف أسرته بمصادر الخدمات المجتمعية التى كفلتها الدولة والمؤسسات الأهلية ، وكيفية الحصول عليها .
- ٨ - توثيق الصلة وتقوية الروابط بين أسرة الطفل والمدرسة أو المؤسسة التى تقوم على رعايته ، وأعضاء فريق العمل مع الحالة عن طريق تنظيم زيارات ولقاءات دورية يتاح فيها تبادل الآراء والمعلومات ، وطرح المشكلات مع التأكيد على دور الأسرة فى مواجهتها ، وفى متابعة الخطط والبرامج وتقييمها .

٩ - التخطيط للنشاطات الترويجية الجماعية المدرسية أو المؤسسية - كالزيارات والرحلات والمعسكرات والمسابقات - والمشاركة فى تنفيذها بما يكفل للطفل الكشف عن مواهبه ، وتنمية استعداداته للمشاركة الاجتماعية ، وثقته بنفسه ، وتوثيق صلته بالبيئة المحيطة .

١٠ - الاستفادة من الموارد والإمكانات والتسهيلات المجتمعية المتاحة فى البيئة المحلية لتحسين الخدمات المدرسية أو المؤسسية وتطويرها وزيادة كفاءتها .

١١ - المشاركة فى الدفاع الاجتماعى عن المعوقين ، وإثارة اهتمام الرأى العام بقضاياهم ومشكلاتهم على مستوى المجتمع ، وإستنفار الجهود التطوعية والشعبية للمشاركة فى رعايتهم وتشغيلهم ، وتأمين حقوقهم .

١٢ - الإتصال بالجهات والمنظمات والهيئات المعنية لتقديم المساعدات ، والأجهزة التعويضية والمعينات السمعية والبصرية ، والخدمات المختلفة اللازمة للطفل المعوق وأسرته .

١٣ - التعاون مع بقية الإخصائيين فى فريق العمل داخل المدرسة أو المؤسسة بما يحقق صالح الطفل ، وفقره المتوازن .

خامسا : مهام وواجبات الطبيب :

١ - الرعاية الطبية اللازمة للأم خلال شهور الحمل الأولى ، وأثناء الولادة للتقليل من حدوث الإعاقات فى فترة الحمل والولادة ما أمكن ذلك .

٢ - الرعاية الطبية للأطفال حديثى الولادة ، وخلال سنواتهم الأولى لتشخيص الحالات والتدخل العلاجى المبكر ، لمنع حدوث المضاعفات التى يمكن أن تترتب على هذه الحالات كعيب التمثيل الغذائى ، ونقص إفرازات الغدة الدرقية والذئبان يمكن أن يؤدىا للتخلف العقلى .

٣ - المشاركة فى التقييم الشامل للحالات مع التأكيد على التاريخ المرضى ، وتقييم النمو الطبيعى للطفل من النواحي الصحية ، والحركية الوظيفية العامة ، والسمعية والبصرية ، للكشف عن جوانب العجز والقصور فيها ، والبدء فى الإجراءات العلاجية والتعويضية الطبية .

- ٤ - تحديد الخدمات الطبية والتمريضية اللازمة للطفل ، ومنها المعينات السمعية والبصرية والأجهزة التعويضية والمشاركة فى تقديمها ومتابعتها وتقييمها .
- ٥ - تبادل المعلومات والمشورة مع بقية أعضاء فريق العمل مع الطفل ، لاسيما بشأن حالته الصحية وتأثيراتها أو انعكاساتها على نموه النفسى والعقلى والاجتماعى ، وعلى تعليمه وتأهيله .
- ٦ - تبصير الأسرة بالحالة الصحية للطفل ، وما تستلزمه من متابعة وطرق رعاية فى محيط المنزل خاصة من حيث الجوانب الغذائى ، والفحوص والتطعيمات الدورية .
- ٧ - المشاركة فى عملية الدفاع الاجتماعى عن المعوقين ، خاصة فيما يتعلق بتأمين الخدمات الطبية اللازمة ، وأهمية الاكتشاف والتدخل الطبى المبكر لمواجهة حالات الإعاقة ، والتوعية والإعلام بدور مراكز رعاية الأومة والطفولة والوحدات الصحية فى هذا الصدد ، وتدعيم الخدمات الصحية المدرسية .

سادساً ، مهام وواجبات إخصائى الكلام والتخاطب :

- ١- المشاركة فى التشخيص والتقييم الشامل للحالات خاصة من حيث النمو اللغوى ، واضطرابات النطق - كالحذف والحذف - وعيوب الكلام كاللجاجة والتلعثم والتهتهة .
- ٢- دراسة العوامل العضوية والنفسية المسببة للإضطراب مع الإفادة فى ذلك من تقارير الأطباء والإخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، والمعلومات المتجمعة عن طبيعة البيئة والعلاقات الأسرية .
- ٣- وضع البرنامج العلاجى المناسب لنوع الاضطراب وحدته ، وتنفيذه ومتابعته وتقييمه ، أو إحالة الطفل إلى المراكز العلاجية المتخصصة .
- ٤ - تنسيق الجهود وتبادل المعلومات بشأن حالة الطفل مع بقية أعضاء الفريق ، والإفادة من جهودهم فى مساندة وتعزيز البرنامج العلاجى بما يحقق فاعليته ونجاحه .
- ٥ - تبصير الوالدين بدورهما فى متابعة حالة الطفل ، وإمدادهما بالمعلومات والتدريب اللازم للمشاركة فى البرنامج العلاجى أثناء تواجدهما بالطفل بالمنزل .
- ٦ - متابعة حالة الطفل بعد انتهاء البرنامج العلاجى ، واتخاذ ما يلزم اتخاذه من إجراءات بشأن مواصلة مراحل أخرى من العلاج ، أو تعزيز المكاسب والمهارات التى

اكتسبها الطفل نتيجة البرنامج العلاجي .

٧ - المشاركة فى توعية الأسر بالتأثيرات السلبية للمناخ الأسرى المشبع بعلم الاستقرار والاضطراب والخوف ، وطرق التنشئة الحاطة كاستخدام العقاب البدنى والتهديد والقسوة فى معاملة الطفل على نموه اللغوى ، وبأهمية التفاعل اللفظى مع الطفل كوسيلة لزيادة مفرداته اللفظية ومحصوله اللغوى .

سابعاً ، مهام وواجبات إخصائى التدريب والتأهيل المهني :

١- المشاركة فى التشخيص والتقييم مع التأكيد على تحليل الفرد وتقييم استعداداته ومقددراته المهنية عن طريق الوسائل المختلفة ؛ كالمقابلات المهنية والاختبارات والمقاييس ، والملاحظة السلوكية للأداء ، وعلاقته بزملائه ، والإفاده من تقارير أعضاء الفريق الآخرين عن الحالة من النواحي الصحية والسيكولوجية والاجتماعية .

٢- اختيار نوع العمل الملائم للحالة فى ضوء كل من تحليل العمل والأنشطة التى يتطلبها والكفاءات التى يستلزمها من جانب ، وما أسفر عنه تحليل الفرد من بيانات عما يتمتع به من إستعدادات ومقدرات مهنية من جانب آخر .

٣ - تحديد المهام التدريبية اللازمة ، وتحليل المهارات المتضمنة فيها .

٤ - تحديد الأهداف العامة لبرنامج التدريب والتأهيل المهني للفرد ، والخاصة بكل مهمة أو مهارة .

٥ - وضع البرنامج التدريبى المناسب ، وتوفير متطلباته من حيث الورش والمواد والخامات والمدرسين ، وتهيئة الظروف البيئية الملائمة لعملية التدريب ؛ كالإضاءة والتهوية وتنظيم المكان ، وتوزيع فترات العمل والراحة .

٦ - تنفيذ برنامج التدريب على اكتساب المهارات ، وتنمية العادات والميول المرتبطة بالعمل بما يكفل استغلال استعدادات الحالة لأقصى حد ، وتحقيق أعلى مستوى أداى مهني لها .

٧ - تقييم مستوى الأداء ، وتحقيق مرونة البرنامج بما يساعد على تذليل الصعوبات التى قد يواجهها الفرد فى التدريب ، والتوفيق بين إمكانياته واحتياجاته ومتطلبات العمل .

٨ - المشاركة فى عملية التوجيه والإرشاد المهنى للفرد ، وتعريفه بفرص العمل المتاحة ، والأعمال التى تتفق واستعداداته ومقدراته ومهاراته .

٩ - استخدام وتوظيف موارد المجتمع والهيئات والمصانع والورش فى التدريب والتأهيل المهنى للمعوقين ، وتوفير التجهيزات اللازمة للتدريب ، والتنسيق مع الهيئات المعنية لتوفير فرص العمل والتشغيل .

١٠ - متابعة الحالات مهنية ، والتقييم المستمر لها للتعرف على المشكلات التى تعوق توافقهم المهنى ومساعدتهم فى التغلب عليها ، وكتابة التقارير اللازمة بشأنها وتبادل المعلومات الخاصة بها مع أعضاء فريق العمل .

١١ - المشاركة فى الدفاع الاجتماعى عن المعوقين ، وتوعية المجتمع بأهمية التأهيل المهنى ، وتوفير فرص العمل والتشغيل اللازمة لهم فى بيئات وظروف آمنة تضمن سلامتهم المهنية - كالورش المحمية والأمن الصناعى متى كان ذلك ضروريا - ومساعدتهم على تأسيس المشروعات والمؤسسات الإنتاجية الخاصة بهم ودعمها .

١٢ - المشاركة فى إعادة التأهيل المهنى للمعوقين فى حالة الحاجة إلى ذلك وبما يتفق مع ظروفهم وحاجة سوق العمل .

الفصل الثالث

التخلف العقلي

تعريف التخلف العقلي وتصنيفاته :

- في مفهوم التخلف العقلي وتعريفاته .
- تشخيص التخلف العقلي .
- التخلف العقلي والحرج العقلي .
- الخصائص العامة للمتخلفين عقليا .
- أسباب التخلف العقلي .

تصنيفات التخلف العقلي :

- التصنيفات الطبية :
- مصدر الإصابة .
- درجة الإصابة .
- ثوليت الإصابة .
- المظاهر الإكلينيكية .

التصنيفات السلوكية الوظيفية :

- التصنيف البيولوجي .
- التصنيف التربوي .
- التصنيف الاجتماعي .

الوقاية من التخلف العقلي ورعاية المتخلفين عقليا

- الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة .
- الرعاية التربوية والتعليمية :
- الأهداف - الأسس - أنواع البرامج - المحتويات
- الرعاية الاجتماعية :
- الاعتبارات - مستويات الرعاية .

تعريف التخلف العقلي وتصنيفاته

في مفهوم التخلف العقلي وتعريفاته ،

يستخدم مصطلح التخلف العقلي Mental Retardation كمفهوم شامل للدلالة على انخفاض الأداء الوظيفي العقلي بكافة درجاته - كما ستره في الصفحات التالية - وإن كان التراث السيكولوجي قد تضمن العديد من المصطلحات التي استخدمت سواء للدلالة على الظاهرة ككل ، من أمثال الضعف العقلي Mental Deficiency ، والإعاقة العقلية Mental Handicap ، والمستوى دون العادي Mental Subnormality ، وانعدام العقل أو قصور فوه Amentia ، وصغر العقل أو قلته Oligophrenia ، أم للدلالة على فئة بعينها من فئات التخلف العقلي ودرجاته كالمورون Moron أو ضعف العقل على Feeble - Mindedness ، والبلهاء Imbecile ، والمعتوهين Idiot .

وقد عنى الباحثون من مجالات وميادين تخصصية مختلفة ؛ كالتربية والتعليم والقانون والطب وعلم النفس والاجتماع ، بتناول ظاهرة التخلف العقلي نظراً لتعدد جوانب هذه الظاهرة والمشكلات المرتبطة بها ، والتطبيقات المختلفة لها في تلك الميادين ، كما عنوا بتعريفها وتصنيفها تبعاً لاختلاف مجالات تخصص الباحثين واهتماماتهم وأغراضهم من التعريف أو التصنيف .

وتؤكد التعريفات والتصنيفات الطبية على العوامل المسببة للتخلف العقلي كالوراثة أو الإصابة بأحد الأمراض ، وما يترتب على ذلك من عدم كفاءة الجهاز العصبي وضهور أو تلف في خلايا المخ وأنسجته ، وشذوذ واضطراب في النواحي والوظائف العضوية والحركية ، بغية تحديد الأساليب الوقائية والعلاجية المناسبة . أما التعريفات والتصنيفات الاجتماعية فإنها تتخذ من الخصائص السلوكية الاجتماعية ، وعدم النضج الاجتماعي ونقصان الكفاءة أو الصلاحية الاجتماعية للفرد ، وعدم مقدرته على تفهم المواقف الاجتماعية ومسايرتها محكاً أساسياً لتحديد المتخلفين عقلياً وفئاتهم المختلفة .

بينما تقوم التعريفات والتصنيفات التعليمية على أساس مدى القصور في الاستعدادات التحصيلية ، والمقدرة على التعلم والتدريب خلال سنى الدراسة وفي ضوء معاملات الذكاء المختلفة ، وتؤكد هذه التعريفات والتصنيفات على الاحتياجات الخاصة لكل فئة ، والبرامج التربوية والتعليمية المناسبة أو اللازمة لإشباعها أكثر من أى شيء .

آخر . ويعنى السيكلوجيون باتخاذ مستوى الأداء على اختبارات الذكاء (المقدرة العقلية العامة) الفردية والجماعية المقننة لاسيما اختبارى ستانفورد - بينيه ، ووكسلر - بيليفيو ، كمحك أساسى للتعرف على حالات التخلف العقلى وتصنيفها ، وهكذا تعددت المحكات ومن ثم التعريفات والتصنيفات .

وكان أول تحديد للتخلف العقلى فى القانون الإنجليزى للصحة العقلية قد ظهر سنة ١٩٢٧ على أنه حالة من توقف النمو العقلى أوعدم اكتماله ، تحدث قبل سن الثامنة عشر ، إما بسبب الوراثة أو الإصابة بأحد الأمراض أو نتيجة الحوادث المكتسبة من البيئة . وتضمن هذا القانون تصنيف المتخلفين عقليا إلى فئات فرعية.هى : ضعيف العقل Mental Deficient ، وأبله Imbecile ، ومعتوه Idiot . ونظراً لما ارتبط بهذه التسميات من معانى غير مقبولة اجتماعيا فقد ألغاهها قانون الصحة العقلية الإنجليزى ١٩٥٩ واستخدم بدلا منها :

أ - **التخلف العقلى الشديد** : ويشير إلى توقف النمو العقلى أو عدم اكتماله مصحوبا بسوء الترجع فى الزمان والمكان ، وعدم المقدرة على حماية النفس من الأخطار الخارجية ، والاحتياج الدائم أو المستمر إلى رعاية الآخرين .

ب - **التخلف العقلى الخفيف** : ويشير إلى توقف النمو العقلى أو عدم اكتماله بدرجة لاتصل إلى مستوى التخلف الشديد ، كما يستلزم رعاية وتدريباً وتعلماً خاصاً (كمال إبراهيم مرسى ، ١٩٧٠)

وقد ظهرت تعريفات طبية عديدة للتخلف العقلى تركز فى جوهرها على إبراز العوامل الوراثية والباثولوجية المسببة للتخلف ، والمؤثرة سلبيا على الذكاء والمقدرات العقلية والاستعداد للتكيف الاجتماعى . ومن بين هذه التعريفات تعريف "بنوا" Benoit ويرى فيه أن التخلف العقلى عبارة عن ضعف فى الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل أو محدثات داخلية فى الفرد ، أو عن عوامل خارجية بحيث تؤدى إلى تدهور فى كفاءة الجهاز العصبى ، ومن ثم إلى نقص فى المقدرة العامة للنمو وفى التكامل الإدراكى والفهم ، وبالتالي فى التكيف مع البيئة (فاروق صادق ، ١٩٨٢) .

وقدّم " إدجار دول" (Doll,1941) تعريفاً للتخلف العقلى شاع لفترة طويلة ، رأى

- فيه أنه لكي نعرّف شخصا ما على أنه متخلف عقليا فإنه يلزم توفر الشروط التالية :
- ١- أن يكون غير كفء من الناحيتين الاجتماعية والمهنية ولا يمكنه إدارة شؤنه بنفسه .
 - ٢- أن يكون مستوى قدرته العقلية أقل من مستوى أقرانه العاديين .
 - ٣- أن يكون تخلفه العقلي قد حدث منذ ولادته أو في سن مبكرة .
 - ٤- أن يظل متخلفا عقليا عندما يبلغ سن الرشد .
 - ٥- أن يرجع تخلفه العقلي إلى عوامل تكوينية إما وراثية أو مكتسبة .
 - ٦- يكون تخلفه غير قابل للشفاء .

وقد استخدم "دول" ضمن الشروط السابقة عدم الصلاحية الاجتماعية Social Competency ، وتدنى مستوى المقدرة العقلية العامة كمحكاً أساسياً للتعرف على المتخلفين عقليا ، ومازال هذان المحكان يستخدمان في تحديد التخلف العقلي حتى الوقت الراهن. ويرى فارق صادق (١٩٨٢) أن تعريف "دول" قد بعد مقبولا بالنسبة للطبقة الدنيا من التخلف العقلي (متخلفين بدرجة شديدة) بيد أنه لا ينطبق على الفئات الأعلى التي تتحسن وتتقدم بفعل التعليم والتدريب نظراً لكونه يشكك في قيمة العلاج والتربية الخاصة .

وبعد التعريف الذي كان قد وضعه "هيبير" (Heber, 1959) وقام بتطويره وتعديله "جروسمان" (Grossman , 1977) ، هو الأكثر شمولية وذيووعاً وقبولاً بين المتخصصين في الوقت الحالي ، كما أنه التعريف الذي تأخذ به حالياً الرابطة الأمريكية للضعف العقلي AAMD " American Association on Mental Deficiency" وينص هذا التعريف على أن التخلف العقلي : حالة عامة تشير إلى الأداء الوظيفي المنخفض عن المتوسط بدرجة جوهرية في العمليات العقلية ، تكون متلازمة مع قصور في السلوك التكيفي للفرد ، وتحدث هذه الحالة أثناء فترة النمو .

ويتضمن التعريف السابق ثلاثة شروط لتعريف الفرد على أنه متخلف عقليا هي :

- ١- أداء وظيفي عقلي منخفض عن المتوسط بدرجة جوهرية :

ويتحدد الأداء الوظيفي هنا بالنتائج التي نحصل عليها بتطبيق واحد أو أكثر من

اختبارات الذكاء العام المقتنة مثل مقياس ستانفورد - بينيه ومقياس وكسلر - بيلفيو . كما يقصد بأن يكون الأداء الوظيفي منخفضا عن المتوسط بدرجة جوهرية ، أن يقل عن متوسط الأداء بمقدار انحرافين معيارين سالبين أو أكثر . ويعنى ذلك أن يكون ذكاء الفرد على مقياس وكسلر ٧٠ فأقل (حيث المتوسط = ١٠٠ ، والانحراف المعيارى = ١٥) وعلى مقياس ستانفورد بينيه ٦٨ فأقل (حيث متوسط الذكاء = ١٠٠ ، والانحراف المعيارى = ١٦) . وطبقا لهذا الشرط تعد جميع الحالات التى تبلغ معاملات ذكائها ٧٠ درجة فأقل من المتخلفين عقليا .

٢- تلازم انخفاض الأداء الوظيفى العقلى مع القصور الواضح فى مستوى السلوك التكيفى للفرد :

يشترط التعريف أن يكون الانخفاض الجوهرى فى الأداء الوظيفى العقلى للفرد متلازما مع قصور ملحوظ فى السلوك التكيفى Adaptive Behavior ، أى ينقص واضح فى كفاءته الاجتماعية ومهارات النمو والاعتماد على النفس والاستقلال الذاتى وتحمل المسؤولية ، والمقدرة على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين ، والتكيف مع متطلبات المواقف والحياة الاجتماعية كما تقاس هذه التغيرات باستخدام مقاييس السلوك التكيفى . ويعنى ذلك أن الفرد الذى يسلك بما يتمشى والمعايير الاجتماعية المتوقعة والمقبولة عن هم فى مثل عمره الزمنى وثقافته لا يدخل فى عداد المتخلفين عقليا .

٣- أن يحدث الانخفاض الجوهرى عن المتوسط فى الأداء الوظيفى العقلى للفرد ، والقصور الملحوظ فى السلوك التكيفى أثناء الفترة النمائية وقبل اكتمال البلوغ أى فى فترة الحمل وحتى سن الثامنة عشر .

جدير بالذكر أن الدعوة إلى ضرورة الجمع بين استخدام مقاييس الذكاء المقتنة (الأداء العقلى) ومحتكات أخرى كالسلوك التكيفى فى تشخيص وتحديد حالات التخلف العقلى قد استمدت أهميتها من عدة اعتبارات لعل من أهمها مايلى :

أ - أن التخلف العقلى ظاهرة معقدة متعددة الجوانب والأبعاد ، وأن القصور الذى يترتب عليها لدى الفرد لا ينحصر فى الجانب العقلى - بمعنى الذكاء - فحسب ، وإنما يشمل جوانب مختلفة من السلوك عقلية معرفية ، وتحصيلية مدرسية ، وجسمية وحركية وحاسية ، ووجدانية واجتماعية ، وتسهم هذه الجوانب جميعا فى عملية التكيف بصورة كلية .

ب - أن استخدام أكثر من محك في التشخيص يساعدنا على تجنب أخطاء القياس غير المقصودة باستخدام اختبارات الذكاء وحدها ، والتي ربما ترجع إلى ظروف عملية تطبيق هذه الاختبارات ، سواء ما يتصل منها بالعوامل الفيزيائية أو الحالة المزاجية للمفحوصين ، أو ما قد يرجع إلى القائمين بتطبيق هذه الاختبارات .

ج - أن معاملات الذكاء وحدها غير كافية للدلالة على التخلف العقلي فهي ليست العامل الأساسي المحدد لسلوك الفرد ومستوى تصرفاته ، وليست المسئول الوحيد عن تحصيله واكتسابه ، فهي لا تعكس سوى جانب واحد لا يكفي لتحديد مستوى مقدرات الفرد واستعداداته ووسعه العقلي . كما أن العلاقة الارتباطية بين الذكاء والتوافق الاجتماعي علاقة ضعيفة ، ذلك أن شخصاً ما قد يحصل على نسبة ذكاء أكثر من ٧٠ درجة لكنه لا يستطيع تفسير أموره الشخصية بنفسه . ولا يقدر على تحمل مسؤولياته الاجتماعية ، ولا يمكنه ممارسة عمل ما يعول به نفسه . على العكس من آخر يحصل على نسبة ذكاء أقل من ٧٠ درجة ، ولكنه منظم ومتوافق مع البيئة التي يعيش فيها ، ويتحمل مسؤولياته في الحياة كأى مواطن صالح ، فلماذا إذن يشخص الأول على أنه شخصاً عادياً والثاني على أنه متخلف عقلياً ؟ (كمال مرسى ، ١٩٧٠ : ٥٤ - ٦٤) .

د - أن اختبارات الذكاء تقيس متوسط مدى واسعا من المقدرات طبقا لمفهوم الذكاء الذى يبنى عليه الاختبار ، فإذا ما حصل طفل على درجات مرتفعة فى أجزاء معينة من الاختبار ، وحصل فى الوقت ذاته على درجات منخفضة فى أجزاء أخرى ، فإن متوسط الدرجات فى مثل هذه الظروف قد لا يكون دالاً على إمكانات الفرد العقلية المختلفة ، ومن ثم يساء تفسير نتائج الاختبار بالنسبة للمتخلفين عقلياً . (فتحي السيد عبد الرحيم وحليم بشاى ، ١٩٨٠ : ٣٥٣) .

هـ - أن من يستخدمون اختبارات الذكاء يفردوها لتشخيص التخلف العقلي يفترضون بحسن نية دقتها المتناهية ، حيث يرون أن من تقل معاملات ذكائه عن ٧٠ درجة على اختبار ذكاء معين بدرجة واحدة يعد متخلفاً عقلياً ، على حين من يزيد على ذلك ولو بدرجة واحدة يعد غير متخلف ، وهذا التحديد القطعى بمحك الذكاء وحده يعد أمراً مشكوكاً فى صحته .

تشخيص التخلف العقلي :

لا تقتصر أهمية عملية التشخيص والتقييم على تحديد البرنامج التربوي المناسب للطفل ، وإنما يترتب على نتائجها آثار وقرارات تحدد ملامح مستقبل الطفل موضوع التقييم ، فإذا ما أفضت هذه النتائج - مثلاً - إلى أن الطفل متخلف عقلياً ، فإنه سيترتب على ذلك آثار نفسية واجتماعية وتربوية على كل من الطفل وأسرته نظراً لما ستفرضه نتيجة التقييم تلك من تحديد للفرص المتاحة أمام الطفل في مجتمعه ، ومن آثار على مفهومه عن ذاته ، وعلى نمط ردود أفعال الآخرين نحوه ، وتوقعاتهم منه . ومن ثم فإنه يجب توخي الشروط والمواصفات التي تضمن التوصل إلى نتائج دقيقة وصادقة من عملية التقييم (يوسف القريوتي وعبد العزيز السرطاوي ، ١٩٨٨) .

وتستهدف عملية التشخيص والتقييم في مجال التخلف العقلي تحقيق الأغراض التالية :

١- إمكانية تحويل الطفل إلى فصول خاصة بالمتخلفين عقلياً للتعليم في مدارس العاديين أو معاهد التربية الفكرية .

٢- إمكانية تحويل الطفل إلى مؤسسة اجتماعية للتعليم والتدريب في مؤسسات التنمية الفكرية أو المؤسسات الاجتماعية .

٣- تشخيص عيوب التعلم ورسم خطط تعليمية علاجية للحالة وتشخيص المشكلات السلوكية .

٤- الكشف عن إمكانات الطفل واستعداداته الممكن استغلالها في التدريب والتوجيه المهني .

٥- متابعة الحالة في إحدى المجالات السابقة للحكم على مدى إفادتها من البرنامج ، أو تحويلها إلى خدمات أكثر نفعا ، أو الحكم بإنهاء تأهيلها وتشغيلها في عمل مناسب ، أو إعادة تعليمها أو تدريبها . (فاروق صادق ، ١٩٨٢)

ويتفق الباحثون على ضرورة التقييم الشامل ، والتشخيص التكاملي أو متعدد المحركات في تحديد التخلف العقلي ، وعلى عدم الاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها في هذا الصدد ، بحيث يغطي التشخيص التكاملي النواحي والجوانب الطبية التكوينية والصحية ، والنفسية والأسرية والاجتماعية ، والتربوية والتعليمية (كمال مرسى ، ١٩٧٠ ، فاروق صادق ، ١٩٨٢ ، عمر بن الخطاب خليل ، ١٩٩٢) .

النواحي الطبية التكوينية :

وتشمل جميع البيانات الطبية الوظيفية اللازمة للاستخدام فى تقييم الحالة سواء ما يتعلق منها بالطفل ذاته أم بأسرته ، ومن بينها التاريخ الصحى التطورى للحالة (تاريخ الحمل وظروف فترة الحمل وأثناء عملية الولادة وما ترتب عليها من عيوب أو تشوهات أو مضاعفات ، والأمراض والحوادث والإصابات التى تعرض لها بعد الولادة وفى الطفولة المبكرة وآثارها على وظائف أعضاء الجسم والحواس ..) والحالة الصحية العامة الراهنة للطفل ومعدلات نموه الجسمى والعصبى والحاسى ، ومدى كفاة أجهزته العصبية والحركية والغددية ، بالإضافة إلى اضطرابات الطفل النفسية والسلوكية وأساسها العضوى والبنى إن وجد .

كما تشمل النواحي الطبية التاريخ الصحى لأسرة الطفل ومدى انتشار الأمراض الوراثية فى العائلة ، والحالة الصحية والغذائية للأم أثناء فترة الحمل .

النواحي النفسية :

وتشمل مستوى الذكاء ، وسمات الشخصية ، والنمو الاتفعالى والوجدانى وذلك باستخدام مجموعة من الاختبارات المقتنة المناسبة لطبيعة الحالة ، مع المرونة فى تطبيق هذه الاختبارات وتطويرها تبعاً لظروف الحالة . ومن بين التعديلات والطرق المألوفة أثناء إجراء الاختبارات النفسية مع المتخلفين عقلياً : استخدام بعض أسئلة الاختبار أو جزء منه ، واستبعاد بعض أسئلة الاختبار ، واستخدام المقاييس المختصرة ، وإجراء بعض التغييرات بغرض تحسين عملية التفاهم والاتصال بين الفاحص والمفحوص ، والاستنتاج الرياضى للأداء الكلى من الأداء على بعض أجزاء الاختبار . ويشترط فى هذه التعديلات ألا تكون ماسة بالصفة التى يقيسها الاختبار ، وكمية المثيرات التى يتضمنها ونوعيتها والتى استخرجت على أساسها مواصفاته الإحصائية . (فاروق صادق ، ١٩٨٢ : ٣٣٥ - ٣٣٧) .

النواحي التربوية والتعليمية :

وتشمل بيانات عن التاريخ التعليمى والمدرسى للحالة ، والاستعدادات التحصيلية والمقدرة على الإنجاز واستيعاب الدروس فى المجالات الأكاديمية المختلفة (القراءة والكتابة والحساب) وفى النشاطات غير الأكاديمية ، والسلوك فى المدرسة ومع جماعة الأقران ، والصعوبات التعليمية والمشكلات السلوكية ، ومدى الحاجة إلى الرعاية والتعليم العلاجى

والبرنامج التعليمى الملائم للحالة .

النواحي الاجتماعية :

وتشمل التاريخ التطورى للطفل مع أسرته وجيرانه وأقرانه فى المدرسة والمجتمع ، وسلوكه ومهاراته وعلاقاته الاجتماعية ومقدرته على تحمل المسئولية الشخصية والاجتماعية ، والظروف والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ذات العلاقة بحالة الطفل كالأمرض وأنواع القصور العقلى فى الأسرة والمناخ الأسرى الذى يعيش فيه ، ومدى حاجة الطفل للرعاية والخدمات الاجتماعية .

وإذا ما انفقت نتائج التشخيصات والمؤشرات فى هذه النواحي على أن الفرد متخلف عن أقرانه عن هم فى مثل عمره الزمنى وظروفه البيئية والثقافية ، أمكن الاطمئنان إلى دقة التشخيص وصحته .

الفرق بين التخلف العقلى والمرض العقلى :

كثيرا ما يخلط البعض بين التخلف العقلى والمرض العقلى Mental Illness ، وقد تبين مما سبق أن التخلف العقلى يتمثل فى انخفاض الأداء الوظيفى العقلى للفرد نتيجة تأخر نموه العقلى أو توقفه وعدم اكتماله ، وأن هذا الانخفاض يتلزم مع قصور فى سلوكه التكيفى أثناء السنوات النمائية التكوينية (منذ لحظة الإخصاب وحتى سن الثامنة عشر) ، أما المرض العقلى فهو اضطراب عقلى حاد يؤدي إلى تفكك شخصية الفرد وانحلالها ، والاختلال الشديد فى وظائفه العقلية كالتفكير والإدراك ، وفى سلوكه وعلاقاته الاجتماعية إلى الحد الذى يفقد معه المريض صلته بالآخرين والواقع ، ويعيش فى عالم وهمى خاص به بصرف النظر عن تمتعه بدرجة عادية أو مرتفعة من الذكاء ، كما تلعب العوامل والاستعدادات الوراثية دورا كبيرا فى نشأته وتطوره إضافة إلى عوامل أخرى نفسية وبيئية تؤدي إلى الكبت والإحباط والصراعات والقلق الشديد .

من زاوية أخرى فإن ظهور الأمراض العقلية - كالفصام والبارانويا والهوس - ليس مقيدا بفترة زمنية أو مرحلة عمرية معينة كما هو الحال بالنسبة للتخلف العقلى ، وإنما قد يحدث فى أى وقت خلال سنوات الطفولة أو الرشد أو ما بعدهما . وبينما يمكن علاج المرضى العقلين وشفاؤهم باستخدام العلاجات الطبية والنفسية الملائمة ، فإنه يشك كثيرا فى علاج المتخلفين عقليا باستخدام العلاجات الطبية اللهم إلا فى حالات معينة ناجمة عن

استسقاء الدماغ وباستخدام الجراحة ، حيث لا توجد عقاقير لرفع معدلات الذكاء ، كما يتعذر حدوث التحسن خاصة بالنسبة للمتخلفين عقليا بدرجة حادة أو جسيمة ، على العكس من المتخلفين عقليا بدرجة بسيطة أو متوسطة الذين تتحسن مستويات أدائهم الوظيفي العقلي ، وسلوكهم التكيفي عن طريق تعليمهم وتدريبهم وإعدادهم للحياة من خلال برامج الرعاية الشاملة والمتكاملة صحيا ونفسيا واجتماعيا وتربويا .

الخصائص العامة للمتخلفين عقليا :

يتميز المتخلفون عقليا بالفروق الفردية الشاسعة فيما بينهم ، وبعدم تجانسهم أو تطابقهم من حيث ما يتمتعون به من استعدادات ويتصفون به من سمات وخصائص ، ومع ذلك فإنه توجد عدة خصائص عامة يجب عدم إغفالها عند محاولتنا الكشف عنهم والتعرف عليهم ، وتحديد البرامج التربوية والتأهيلية لهم ، وذلك بالرغم من تسليمتنا بأنهم يتفاوتون من حيث درجة كل خاصية بحسب مستوى الإعاقة والظروف البيئية والتأثيرات الثقافية التي يتعرض لها ويتفاعل معها كل منهم . ومن أهم هذه الخصائص :

الخصائص العقلية المعرفية :

- ١- أداء منخفض عن المتوسط في اختبارات الذكاء .
 - ٢- ضعف القدرة على التركيز والانتباه لفترة طويلة .
 - ٣- ضعف الذاكرة ، وقصور القدرة على الملاحظة وإدراك العلاقات .
 - ٤- قصور الفهم والاستيعاب وتدنى القدرة على التحصيل الدراسي .
 - ٥- بطء التعلم .
 - ٦- الجمود والتصلب العقلي (نقصان المرونة العقلية) .
 - ٧- تأخر النمو اللغوي وقصور اللغة اللفظية .
 - ٨- القصور في تكوين المفاهيم والتفكير المجرد والتخيل والإبداع .
- الخصائص الجسمية أو النفس حركية :**
- ١- أقل وزنا وأصغر حجما من العاديين .

٢- أكثر عرضة للإصابة بالأمراض من غيرهم .

٣- القصور الحاسى السمعى والبصرى خاصة .

٤- قصور الوظائف الحركية كالتوافق العضلى - العصبى ، والتآزر الحاسحركى ، والتحكم والتوجيه الحركى ، لذا ... فهم أقل مهارة وتوافقاً حركياً من العاديين سواء من حيث القوة أم الدقة أم السرعة .

٥- عيوب النطق والكلام كإبدال الحذف والتهتهة .

٧- فرط النشاط الحركى أو زيادته Hyperactivity

الخصائص النفسية الانفعالية :

١- قد يغلب على سلوكهم التبدل الانفعالى واللامبالاة وعدم الاكتراث بما يدور حولهم ، أو الاندفاعية وعدم التحكم فى الانفعالات .

٢- يؤثرون الانعزال والانسحاب فى المواقف الاجتماعية .

٣- عدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية ، والنزعة العدوانية والسلوك المضاد للمجتمع .

٤- سهولة الانقياد وسرعة الاستهواء .

٥- الشعور بالدونية والإحباط وضعف الثقة بالنفس .

٦- الرتابة وسلوك المداومة Perseveration (النزعة إلى التشبث بفكرة أو نشاط وتكرار الاستجابة والإصرار عليها بدون سبب واضح ويصرف النظر عن تغير المثير) .

٧- التردد وبطء الاستجابة .

٨- القلق والوجوم والسرхан .

٩- قد يبدو المتخلف عقلياً لطيفاً مبهتسماً ودوداً فى كل الأوقات مناسبة ودون مناسبة .

أسباب التخلف العقلى

تصنف الرابطة الأمريكية للمضعف العقلى أسباب التخلف العقلى فى تسع مجموعات ، ويلاحظ أن بعض هذه الأسباب قد يحدث خلال فترة الحمل ، وبعضها قد يقع أثناء عملية الولادة ، وبعضها الآخر ربما يحدث بعد الميلاد . ومن بين هذه الأسباب :

١- العدوى والتسمم Infection & Intoxication

وتشمل الإصابة بالأمراض المعدية التي قد تصيب الأم الحامل وينتقل أثرها إلى الجنين كالحصبة الألمانية G. Rubella والزهرى Syphilis وغيرها ، فإصابة الأم خلال الشهرين الثلاثة الأولى من الحمل بالحصبة الألمانية قد يؤدي إلى تلف خلايا مخ الجنين وخلايا أعضائه الحساسة ، كما تؤدي إصابتها بالزهرى إلى تلف الأنسجة العصبية لدى الجنين ، وإصابتها بالتخلف العقلي والصمم وربما أفضت إلى موته .

وقد ينتج التخلف العقلي عن تعرض الأم للتسمم أثناء فترة الحمل كما في حالات تسمم الدم وزيادة نسبة الصفراء في الدم ، ونتيجة تعاطي الأم الحامل بعض العقاقير بدون إشراف الطبيب - كالمضادات الحيوية والأسبرين ومركبات الثاليدميد - التي قد تستخدم كمسكنات أو في حالات الإجهاض ، وكذلك نتيجة تعاطي الأم للمواد المخدرة والكحوليات ، أو تعرضها للتسمم بمركبات الرصاص التي تشبع بها الهويات والدهانات الرخيصة للجدران والأثاث ولعب الأطفال ، ونتيجة لعوادم السيارات ، وهو ما يعرض الجنين للتخلف العقلي والعديد من التشوهات الخلقية .

٢- الإصابات والعوامل الجسمية :

ومن بينها الإصابات التي ربما تحدث أثناء الحمل Prenatal injury نتيجة تعرض الأم لمستويات عالية من الإشعاع ، أو للسقوط من مكان مرتفع ، أو الإصابة نتيجة إحدى الحوادث ، أو تعرضها للاختناق أو الأنيميا الحادة أو التوتر والمعاناة النفسية الشديدة ، أو الإجهاد الجسمي والعصبي غير المعتاد ، ونتيجة للوضع غير العادي للجنين في الرحم مما قد يعرضه لضغط غير عادي .

وقد يكون السبب ناشئا عن مضاعفات الظروف غير الطبيعية أثناء عملية الولادة ؛ يؤثر على مخ الجنين كما في حالات : الولادات العسرة والطويلة ، والولادات المبكرة أو المبكرة قبل اكتمال نمو الجنين وهو ما يؤدي إلى ارتفاع قابلية الوليد ناقص النمو للإصابة بالأمراض والعدوى وضعف مناعته . ومن هذه الأسباب أيضا استخدام الجفت والآلات الساحية في عملية الولادة مما قد يترتب عليه تمزق بعض أنسجة الجنين وأوعيته الدموية وحدوث نزيف بالمخ ، وكذلك إلتفاف الحبل السري وضغطه على عنق الجنين ، وتوقف أو نقص وصول الأكسجين إلى المخ مما يؤدي إلى إصابة خلاياه بالتلف ، إضافة إلى سوء

استخدام الأدوية المخدرة أثناء عملية الولادة .

كما يؤدي تعرض الطفل - بعد ميلاده - لبعض الإصابات إلى التخلف العقلي كما في حالات الاختناق الناتجة عن ارتفاع ضغط الدم ، والكدمات الشديدة للدماغ والتي ينتج عنها كسور أو شروخ في الجمجمة مما قد يسبب تهتكاً في أنسجة المخ وتلفاً في خلاياه .

٣- اضطرابات التمثيل الغذائي والتغذية Metabolism & Nutrition

وتشمل جميع أوجه الخلل في التمثيل الغذائي أو العمليات الأيضية والإفرازات الغذائية الناتجة عن أسباب وراثية أم مكتسبة ، ومن أمثلتها حالات الجلاكتوسيميا Glactosemia (فشل جسم الطفل في التمثيل الغذائي لسكر اللبن وتحويله إلى سكر جلوكوز ، مما ينتج عنه زيادة نسبة تركيز سكر اللبن في الدم فيؤثر على النشاط العصبي) وحالات الهيموجليسيما Hypoglycemia (نقصان السكر في الدم نتيجة أمراض الكبد واضطرابات البنكرياس) وحالات القصاص Cretinism أو القماءة (القصور الشديد نتيجة الخلل والنقص في إفرازات الغدة الدرقية) وحالات الفينيلكتون يوريا Phenylktonuria "P . K . U" التي ينجم عنها زيادة ترسيب حمض البيروفيك السام في دم الطفل وبوله نتيجة عدم تأكسد حمض الفينيل ألانين لقصور العصارة الكبدية .

وقد ينتج التخلف العقلي عن سوء تغذية الأم الحامل وعدم حصولها بانتظام على كافة المواد الغذائية اللازمة لها وللجنين ، أو عن كثافة أجهزتها الهضمية والدموية في هضم المواد والعناصر الغذائية التي تتناولها ، وتمثيلها ، مما يضعف من مناعتها ضد الإصابة بالأمراض المعدية ، ويؤثر سلباً على النمو العضوي والعقلي للجنين . كما قد ينتج التخلف العقلي أيضاً عن سوء تغذية الوليد ، وعدم تكامل المواد والعناصر في غذائه لاسيما خلال الشهور الأولى بعد الولادة .

٤- أمراض المخ الشديدة Brain Disease

وتشمل مجموعة من الأمراض مجهولة أو غير مؤكدة الأسباب تحدث بعد الميلاد كأورام العصبية الليفية والتصلب الدرني .

٥- أسباب تتعلق بعوامل قبل ولادية مجهولة المصدر Unknown Prenatal Influences

وتتضمن حالات كثيرة ذات مظاهر اكلينيكية مميزة تكون واضحة منذ الميلاد لكنها مجهولة الأسباب حتى الآن ، ومن هذه الحالات التشوهات المخية ، والفقدان الكلى أو الجزئى للمخ كغياب المخ وفقدان مؤخرة المخ ، أو العظام المقرطحة من عظام الجمجمة ، وسوء تكوين التجاعيد على سطح المخ (انعدامها أو نقصها أو زيادتها) وحالات الصغر الشديد لحجم الجمجمة Microcephaly واستسقاء الدماغ Hydrocephaly وكبير الجمجمة بشكل غير عادى Macrocephaly .

٦- الشذو الكروموزومى Chromosomal Abnormality

ترجع بعض حالات التخلف العقلى إلى اضطرابات التمثيل النسبى للكرموزومات ومن بينها حالات عرض داون Down's Syndrom أو المنغولية Mongolism .

٧- اضطرابات الحمل Gestational Disorders

من الأسباب التى قد يعزى إليها التخلف العقلى مدة حمل غير طبيعية كما فى الولادات المبكرة أو المتسرة التى لا تكمل فيها الأم مدة حمل قدرها ٣٧ أسبوعا ، أو الولادة المتأخرة بحيث تطول مدة الحمل فيها عن اللازم - سبعة أيام أو أكثر - وحالات صغر وزن الجنين عند ولادته (٥ , ٢ كيلوجرام فأقل) .

٨- الاضطرابات العاطفية الشديدة Emotional Disturbances

تعد الاضطرابات الانفعالية الشديدة (العصابية Neurotic) من مسببات التخلف العقلى لاسيما فى الحالات التى تتطور مؤخرًا ولا يستدل معها على وجود مرض أو تلف أو إصابات مخية ، وهى حالات نادرة .

٩- الحرمان البيئى Environmental Deprivation

تشمل هذه المجموعة من الأسباب العوامل والظروف الثقافية الأسرية التى تترا وتفاعل وتؤدى إلى تخلف وقصور النمو العقلى أو تعوق نمو الذكاء الموروث ، ومنها الحرمان البيئى من فرص التعليم والتدريب اللازم لاكتساب الخبرات والمهارات ، والعزلة الاجتماعية وانعدام أو عدم كفاية فرص الاستشارة والتنبيهات الحاسية والعقلية ، والحرمان العاطفى وتقييد الطفل ، وتعريضه لظروف وضغوط نفسية شديدة من شأنها أن تؤدى به إلى الاضطرابات النفسية والانفعالية ، وتحول دون تكيفه وتوافقه الشخصى والاجتماعى ،

وغالبا ما يكون التخلف العقلى الناتج عن هذه المجموعة من الأسباب من الدرجة البسيطة ، ويطلق عليه البعض تخلف عقلى ثقافى أو أسرى .

تصنيفات التخلف العقلى

تتعلق ظاهرة التخلف العقلى بمجموعة من الأفراد غير المتجانسين من حيث استعداداتهم ومقدراتهم العقلية وخصائصهم السيكولوجية وكفاءاتهم الجسمية والحركية . وقد اقتضت الضرورات البحثية والأغراض التطبيقية تصنيف المتخلفين عقليا إلى فئات ومستويات حتى يتسنى دراستهم ، والتعامل معهم وتخطيط وتهيئة الخدمات وأوجه الرعاية اللازمة لهم مع وضع الفروق الفردية فيما بينهم فى الاعتبار كأحد المبادئ الأساسية لاسيما فى رعايتهم ترويا وتعليميا .

ونظرا لاعتد ظاهرة التخلف العقلى سواء من حيث عواملها ومسبباتها ، أم من حيث مظاهرها الاكلينيكية ، وما ترتب على ذلك من تفاوت فى الاستعدادات والمهارات ، ومن ثم مستويات الأداء فى النواحي العقلية والتعليمية والحاسية والحركية والتوافقية الشخصية والاجتماعية ، إضافة إلى اختلاف الخلفيات والاهتمامات التخصصية المهنية والأغراض التطبيقية للمتعاملين مع هذه الظاهرة ، فقد تعددت تصنيفات المتخلفين عقليا والأسس التى قامت عليها تلك التصنيفات .

وقد لاقت فكرة تصنيف حالات التخلف العقلى تفاوتاً فى الرأى بين المعارضين والتأييد من قبل العلماء والباحثين ، إذ يرى المعارضون منهم أن فكرة التقسيم أو التصنيف ربما أدت إلى وصم المتخلف عقليا بصفات يكون من شأنها التأثير السلبى على نموه وشخصيته كاختلال مفهومه عن ذاته ، ورفضه من قبل أقرانه ، وتدنى مستوى توقعاتهم عن أدائه . بينما يرى المؤيدون أن عملية التصنيف عملية ضرورية لأغراض البحث والدراسة ، ولكونها تساعد فى فهم سلوك الطفل ، والتحديد الدقيق لاحتياجاته الخاصة المختلفة ، ونوعية الخدمات والبرامج اللازمة لرعايته ، كما أنها تسهم فى تسهيل عملية الاتصال بين المتخصصين المعنيين بالمتخلفين عقليا فى المجالات المختلفة . (Kirk & Gallgher , 1983) .

ومن المقترحات التى تؤدى إلى التقليل من الآثار السلبية لعملية التصنيف ، ألا تعد

الفئة التى يدرج فى نطاقها الطفل بمثابة حكم قاطع نهائى ومستمر عليه ، وأن يُنظر إلى التصنيف على أنه تقسيم مرحلى مرّن بحيث يسمح للطفل بالانتقال من فئة إلى أخرى بحسب مدى نموه وتحسن مستوى مهاراته وتوافقه ونضوجه ، وفقاً لما يتعرض له من عمليات تعليم وتدريب وتأهيل .

ومن أهم تصنيفات التخلف العقلى : التصنيفات الطبية ، والتصنيفات السلوكية الوظيفية التربوية ، والسيكولوجية ، والاجتماعية .

أولاً : التصنيف الطبي أو شعباً مصدر العلة : Etiological Classification

ويقوم على استخدام إحدى المحكات التالية :

أ - مصدر الإصابة . ب - درجة الإصابة .

ج- توقيت حدوث الإصابة . د- المظهر الاكلينيكى (فاروق صادق ، ١٩٨٢ : ١٧ - ٢٤)

١ - مصدر الإصابة :

من أمثلة التصنيف باستخدام هذا المحك تصنيف " تردهولد " Tredgold لأنواع التخلف إلى قسمين هما :

١- التخلف العقلى الأولى : Primary Amentia ويحدث نتيجة الوراثة ، وهو ولى وأساسه النقص الغددى ، وعدم انتظام الترتيب ، أو عدم اكتمال نمو النورونات اللحائية ، ويشمل البسيط وصغر الدماغ والمغولية .

٢- التخلف العقلى المكتسب أو الثانوى : Secondary Amentia وقوامه توقف نمو النورونات اللحائية ، ويتحدد فى البيئة بسبب آفات مخية جسيمة أو نقص فى تغذية المخ أو بفعل الحرمان البيئى . ومن أهم عوامل الحرمان مايشأ عن تدخل الغدة الصماء خاصة الغدة الدرقية ، وسوء التغذية وانعدام التنبيهات الحسية . (كما دسوقى ، ١٩٨٨ : ٨٥) .

وقام "ستراوس وليتنن" Strauss & lehtinen (١٩٤٧) بتقسيم التخلف العقلى إلى نوعين هما :

١- تخلف عقلى راجع إلى عوامل داخلية : Endogenous ويحدث نتيجة الوراثة وقبل الولادة ، ويوجد فى حالات المتخلفين عقليا ممن لا يظهر عليهم نقص أو عيوب جسمية عضوية .

٢- تخلف عقلى راجع إلى عوامل خارجية : Exogenous وينشأ عن أسباب بيئية أو مكتسبة نتيجة تغيرات مرضية تطرأ على النمو العادى قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها . ويظهر فى الحالات الاكلينيكية المصاحبة للتخلف العقلى لاسيما تلك التى يحدث فيها تلقا بالمخ .

ب- درجة الإصابة :

من أمثلة هذه التصنيفات ما إقترحه " كانر " Kanner من وجود ثلاث فئات هى :

١- تخلف عقلى مطلق Absolute ويشمل ذوى المستوى الأدنى (الحاد أو الجسميم) من التخلف العقلى (كالبلهأ والمعتوهين)

٢- تخلف عقلى نسبى Relative ويشمل ذوى المستوى البسيط أو المعتدل من التخلف كفتة المورون تقريبا .

٣- تخلف عقلى ظاهرى Apparent وينشأ عن عوامل ثقافية بيئية .

ج- توقيت حدوث الإصابة :

اقترح " يانيت " Yannet تقسيماً ثلاثياً لتصنيف التخلف العقلى بحسب توقيت حدوث الإعاقة تضمن الفئات التالية :

١- عوامل قبل ولادية: Pre - natal وتتمثل فى الأسباب الفسيولوجية والمرضية والاضطرابات الكيميائية التى تنتقل إلى الجنين من الوالدين أو أحدهما كاضطرابات التمثيل الغذائى ، وحالات الإصابة قبل الولادة بالزهرى الوراثى ، والتسمم ، وعامل الريزوس Rh . F.

٢- عوامل ولادية Intra - natal وتتمثل فيما قد يتعرض له الجنين أثناء عملية الولادة من ظروف كالاختناق أو إصابة الدماغ من جراء استخدام أجهزة الولادة .

٣- عوامل بعد ولادية Post - natal وتتمثل فى تعرض الفرد خلال الفترة النمائية لبعض

الأمراض كالالتهابات السحائية ، وإصابات المخ نتيجة التسمم بأملح الرصاص أو أول أكسيد الكربون ، والإصابات المباشرة للدماغ نتيجة للحوادث .

د - المظاهر الجسمية المميزة للحالة الإكلينيكية :

يصاحب التخلف العقلي حالات مميزة إكلينيكية من حيث تكوين أعضاء الجسم والملامح أو المظاهر الجسمية ، وهذه الحالات تتفاوت فيما بينها من حيث درجة التخلف العقلي ومن ثم فإن أفرادها يتوزعون على مستويات مختلفة الذكاء كحالات المغولية التي يكون معظم أفرادها من المتخلفين بدرجة متوسطة (بلهاء) وقلة منهم من ذوى التخلف الشديد (معتوهين) وأقل منهم من ذوى التخلف البسيط (مأفونين) . ومن أهم الحالات الإكلينيكية للمتخلفين عقليا الحالات التالية :

١- حالات المغولية : Mongolism أو ما يسمى بعرض داون Down's Syndrome ، وتشبه ملامح هذه الحالات أفراد الجنس المنغولي ، وهم يتصفون بمظاهر جسمية مميزة ومتشابهة كالقامة والأطراف القصيرة ، والرأس الصغير العريض ، والفم والذقن والأذن الصغيرة ، والعيون الضيقة المتباعدة والجفون المتدلّية ، والشفاه الرقيقة الجافة ، واللسان الكبير المشق ذو النهاية العريضة ، والأسنان المشوهة غير المنتظمة ، والأثوف الفطساء الصغيرة ، والكفوف العريضة السميك ذات الأصابع القصيرة ، والأقدام المغلطة ، والجلد السميك الجاف . وهم يعانون من تأخر الكلام وصعوبة التوافق الحركي ، ويتسمون بالوداعة والاجتماعية والاستعداد للتقليد والمحاكاة . أما من حيث الذكاء فإن معظمهم يقع في فئة التخلف العقلي المتوسط (البَلَه) ، وقلما تزيد أعمارهم العقلية عن ست سنوات عقلية .

وتعزى هذه الحالات غالبا إلى إنقسام في أحد الكروموزومات ينتج عنه كروموزوم زائد يتعلق بأحد الأزواج - غالبا الزوج ٢١ - فيصبح عددها ٤٧ بدلا من ٤٦ كروموزوماً في الخلية الواحدة . وقد وُجِدَ أن نسبة الإصابة بالمغولية تزداد طردياً بزيادة العمر الزمني للأُم لاسيما بعد سن الأربعين حيث يقل معدل كفاءة الجهاز التناسلي للأنثى بازدياد العمر . ويمكن الكشف عن الشذوذ في الكروموزومات عن طريق فحص عينة من السائل الأمنيوسي المحيط بالجنين في رحم الأم أوائل الشهر الرابع من الحمل لتحديد مدى إصابة الجنين بهذا التشوه . (فاروق صادق ١٩٨٢ : ٦١ - ٦٤) .

٢ - حالات استسقاء الدماغ : Hydrocephaly وتنشأ عن تجمع السائل المخي الشوكي وتزايد حول تجاويف المخ مما يؤدي إلى زيادة الضغط المستمر على جدران الجمجمة ومن ثم تضخمها ، وكذلك إلى الضغط على المخ وأنسجته فيعوق نموها ، ويسبب ضمور هذه الأنسجة . وفي الأحوال المعتادة فإن هذا السائل يتم تصريفه خلال قنوات معينة ليتم امتصاصه في الدورة الدموية ، ثم يتم تغييره بالمعدل ذاته الذي يتم به امتصاصه ... وهكذا . وتحدث حالة الاستسقاء عند انسداد تلك القنوات التي يمر خلالها ذلك السائل ، أو عند الإضطراب في عملية تكوينه ، ويمكن مواجهة ذلك جراحياً عن طريق تحويل مجرى السائل المتراكم في المخ إلى أحد الأوردة لوصل السائل بالدورة الدموية .

٣- حالات كبر الدماغ : Macrocephaly تنشأ بسبب تضخم المخ وما يترتب عليه من كبر حجم الجمجمة . وغالباً ما تكون مصحوبة بتخلف عقلي شديد ونوبات صرعية ، وصداع وضعف في الإبصار ، كما يكون عمر هذه الحالات قصيراً فيما عدا الحالات غير المصحوبة بتشنجات عصبية (فاروق صادق ١٩٨٢ : ٦٠) .

٤ - حالات صغر الدماغ : Microcephaly وتنشأ نتيجة عدم نمو المخ بدرجة كافية ، مما يترتب عليه صغراً ملحوظاً في حجم الرأس . وتحدث هذه الحالات نتيجة لعوامل وراثية تؤدي إلى ضمور في حجم الرأس بدرجة أكبر من ضمور تفاصيل الوجه ، ويأخذ الرأس شكلاً مخروطياً كما تظهر الأذنان بحجم كبير . وقد تحدث نتيجة لعوامل مكتسبة من أهمها تعرض الأم خلال فترة الحمل للإشعاعات أو الإصابة بالحصبة الألمانية أو الزهري الوراثي ، أو تعرضها أثناء الولادة للنزيف ، أو إصابة الطفل بعد ولادته بالالتهابات السحائية أو التسمم .

٥ - حالات الشلل السحائي : Cerebral Palsy يعد الشلل السحائي من أكثر الحالات المصاحبة للتخلف العقلي لاسيما من الدرجات الشديدة والمتوسطة ، فقد تبين من بعض البحوث أن حوالي ٥٠٪ إلى ٧٥٪ من حالات الشلل السحائي تكون مصابة بالتخلف العقلي . كما أن أسبابهما تكاد تكون واحدة ومن أهمها اختناق الجنين ، أو النزيف السحائي ، أو التسمم والقصور في تكوين المخ .

وقد يكون الشلل السحائي أحادياً يصيب طرفاً واحداً من الأطراف الأربعة ، أو ثنائياً

أو ثلاثياً أو رباعياً ، والأخير هو أكثر هذه الأنوع ظهوراً .

٦- حالات القصاع أو القمامة Cretinism أو القصر الشديد : نادراً ما يتجاوز طول أصحاب هذه الحالات في سن الرشد ١٢٠ سم تقريباً ، وهى تنشأ نتيجة الخلل أو النقص في إفراز هرمون الغدة الدرقية ، وتتميز هذه الحالات بغلظة الجلد وجفافه ، وغلظة الجفنين والشففتين ، وتضخم اللسان وتأخر نمو الأسنان ، وخشونة الصوت وجحوظ البطن ، وهبوط النشاط الحركي والكسل والخمول ، وبطء الاستجابة وتبلد الإحساس . وتأخذ أعراض هذه الحالات في الظهور بعد الشهر السادس من ولادة الطفل ، ويمكن علاجها عن طريق تزويده بخلاصة الغدة الدرقية في السنة الأولى من عمره .

٧- عامل الريزوس في الدم : Rhesus Factor يحدد هذا العامل مدى التطابق والانسجام بين دم الأم ودم الجنين أثناء فترة الحمل ، جدير بالذكر أن فصيلة دم الغالبية العظمى من الناس (حوالي ٨٥٪) تحمل Rh. F. موجب ، بينما تحمل أقلية منهم Rh. F. سالب ، ويؤدي اختلاف دم الأم عن دم الجنين إلى تعريضه لعدم تكامل نضج كرات الدم الحمراء وتكسيدها ، وزيادة نسبة الصفراء في الدم مما يؤثر سلباً على خلايا المخ ووظائفه .

فإذا تزوجت أنثى تحمل فصيلة دمها Rh. F. سالب من رجل تحمل فصيلة دمها Rh. F. موجب ، وورث الجنين عن أبيه Rh. F. موجب فإن دم الأم يكون أجساماً مضادة لدم الطفل قد يتسرب بعضها عن طريق الحبل السرى لدم الجنين ، فتهاجمه وتتلف جزءاً كبيراً من خلايا دمها أو تنهكها فتتوثر على نمو الجنين وربما أدت إلى وفاته ، وإذا كان تركيز هذه الأجسام المضادة في دم الأم عالياً ، ووصلت إلى مخ الجنين ، فإنها تؤدي إلى إصابته بمرض "كيرنكتيريس" Kernicterus الذي يسبب التخلف العقلي والشلل السحائي والعمى .

وقد تبسرت في السنوات الأخيرة إمكانية التكهّن بوجود هذا العامل والكشف المبكر عنه من خلال فحص دم الزوجين ، وتكرار فحص دم الأم أثناء الحمل ، ودم الطفل بعد ولادته مباشرة ، ثم اتخاذ الإجراءات الوقائية والعلاجية المبكرة اللازمة .

٨- حالات الفينيل كيتون يوريا : "PKU" Phenylketonuria أو ترسيب حمض البيروفيك ، وهي حالات وراثية تشير إلى اضطراب بيوكيميائي في جسم الطفل ناتج عن جين طفرى متنح يحول دون عملية التمثيل الغذائي للحمض العضوى "فينيل ألانين" Phenylalanine الذى يدخل فى تكوين اللحوم والبروتينات ، وتحوله إلى حمض التيروسين Tyrosine نظراً لقصور فى العصارة الكبدية ، فتزداد نسبة تركيز حمض "الفينيل ألانين" ومن ثم ترسيب حمض "الفينيل بيروفيك" السام فى دم الطفل وبوله ، مما يعوق النمو الطبيعى لوظائف المخ ، ويؤدى إلى التخلف العقلى والصرع .

ويتميز أصحاب هذه الحالات بالجلد الرقيق والجمود وربما فرط النشاط الحركى ، ويكون حجمهم أصغر من أقرانهم فى العمر الزمنى ، كما تكون البنات أكثر عرضة له من البنين ، ويمكن إكتشاف الحمض المسبب لهذه الحالة فى وقت مبكر من عمر الطفل (الأسبوع الثالث) والسيطرة عليه قبل أن يمتد تأثيره لتدمير خلايا المخ .

٩ - حالات الصرع : Epilepsy يعد الصرع من أهم الحالات المصاحبة لنسبة كبيرة من المتخلفين عقلياً ، ويشترك كلا من التخلف العقلى والصرع فى كثير من الأسباب كالعوامل الوراثية والأمراض المعدية والإصابات المباشرة ، والتسمم وأورام المخ ، والاختناق سواء قبل عملية الولادة أم خلالها .

وتختلف النوبات الصرعية من حيث المدة الزمنية التى تستغرقها ، والمظاهر الحركية التى تصاحبها ، فقد تستغرق النوبة حوالى خمسة دقائق كما هو الحال فى النوبة الكبرى أو النوبة النفسية الحركية ، وقد تستغرق ثوانى معدودة تتراوح بين اثنتين كما فى النوبة الاختلاجية ، أو ثلاثون ثانية كما فى النوبة الصغرى .

وتصاحب بعض النوبات بالشعور بضيق فى التنفس والدوخة والهلاوس البصرية أو السمعية والرعدة الشديدة والتخشب ، أو التشنج والغيبوبة التى يعقبها تنفس شديد ووعى تدريجى مثلاً هو الحال فى النوبات الكبرى ، ويقتصر بعضها على مجرد فقدان المؤقت للشعور ، والدوخة والسرطان دون حركة أو كلام كما فى النوبة الصغرى ، أو على مجرد ظهور خلجات Jerks لا إرادية لاتقباضات عضلية دون حلول غيبوبة أو فقدان للشعور كما فى النوبات الاختلاجية . (فاروق صادق ، ١٩٨٢ : ٦٩ - ٧٤) .

ثانياً : التصنيفات السلوكية الوظيفية :

تعتمد هذه التصنيفات على تحديد فئات التخلف العقلي في ضوء مستويات أداء المتخلفين عقلياً في المواقف والمجالات المختلفة ، وتتعدد محكاتها - كاختبارات الذكاء والقابلية للتعليم والتدريب والسلوك التكيفي - بتعدد تلك المجالات والأغراض المتوخاة من التصنيف كالأغراض النفسية أو التعليمية أو الاجتماعية .

١- التصنيف السيكلوجي :

يصنف علماء النفس فئات التخلف العقلي تبعاً لمعدلات الذكاء على أساس أنها معيار مستوى الأداء الوظيفي للمقدرة العقلية العامة ، ويتم ذلك في ضوء مقارنة أداء الفرد على اختبار ذكاء مقنن بمتوسط أداء أقرانه من هم في مثل عمره الزمني وثقافته.

ومن التصنيفات السيكلوجية التي ظلت شائعة لفترة طويلة بين علماء النفس ذلك التصنيف الثلاثي لفئات المتخلفين عقلياً وهي :

١- فئة المورون Moron وتتراوح نسبة ذكائها بين ٥٠ و ٧٥ درجة .

٢- فئة البلهاء Imbecile وتتراوح نسبة ذكائها بين ٢٥ و ٥٠ درجة .

٣ - فئة المعتهين Idiot وتتراوح نسبة ذكائها بين صفر و ٢٥ درجة .

وقد تبدلت النظرة إلى هذا التصنيف في الوقت الراهن مع تغير المفاهيم العلمية عن التخلف العقلي ، والمحكات المستخدمة في تحديده ، واستخدام مصطلحات جديدة للإشارة إلى فئاته بدلاً من المصطلحات التقليدية السلبية التي أصبحت غير مقبولة من الناحية الاجتماعية .

ومن أهم التصنيفات السيكلوجية المعمول بها حالياً ذلك التصنيف الذي قدمه "جروسمان" (١٩٧٧) في ضوء تعريفه السابق الإشارة إليه وتضمن التصنيف الفئات الأربع المتضمنة في جدول (١) :

ويلاحظ على تصنيف جروسمان مايلي :

١ - استبعاد الفئة البينية أو الهامشية Borderline Cases - الواقعة في نطاق انحراف معياري واحد دون المتوسط ، وتبلغ نسبتهم على المنحنى الاعتنالي ١٣,٥٩٪ - وقد

جدول (١) فئات التخلف العقلي تبعاً لموسطات الدرجات والانحرافات
المعيارية على كل من مقياس ستانفورد - بينيه وكسلر

نسب الذكاء		الفئات
مقياس ستانفورد م = ١٠٠ ع = ١٦	مقياس وكسلر م = ١٠٠ ع = ١٥	
٥٢ - ٦٨	٥٥ - ٦٩	Mild تخلف عقلي بدرجة بسيطة
٣٦ - ٥١	٤٠ - ٥٤	Moderate تخلف عقلي بدرجة متوسطة
٢٠ - ٣٥	٢٥ - ٣٩	Severe تخلف عقلي بدرجة شديدة
أقل من ٢٠	أقل من ٢٥	Profound تخلف عقلي بدرجة حادة أو جسيمة

كانوا يُصنّفون طبقاً للتعريف الذي وضعه " هيبير " كمتخلفين عقلياً - وهو ما أدى إلى خفض النسبة المئوية للمتخلفين عقلياً من ١٦٪ إلى ٢.٧٧٪ (٣٪ تقريباً) من إجمالي عدد السكان ، إذ يقصر " جروسمان " مفهوم التخلف العقلي على من تقل درجات ذكائهم عن المتوسط بانحرافين معياريين وليس انحرافاً واحداً .

٢ - اشتغال التصنيف على مسميات جديدة لفئات التخلف العقلي (بسيط ومتوسط وشديد وحاد) أكثر ملاءمة ومرغوبة من الناحية الاجتماعية بدلاً من تلك التسميات التي كانت سائدة من قبل .

ب- التصنيف التربوي :

يقوم هذا التصنيف على استخدام معدلات الذكاء مع تمييز كل فئة تصنيفية تبعاً لاستعدادات أفرادها وقابليتهم للتعلم كمحك أساسي ، كما يعني بالاحتياجات التعليمية وما يلائمها من برامج أكثر مما يعني بنسبة الذكاء في ذاتها ، وبإمكانية انتقال الطفل من برنامج تربوي إلى برنامج آخر ، وفقاً لمدي إتقانه للمهارات والمتطلبات السابقة اللازمة لذلك . ويتضمن هذا التصنيف ثلاث فئات على النحو التالي :

١ - القابلون للتعليم : Educables

وهم حالات التخلف العقلي البسيط الذين كان يطلق عليهم المأفونين أو المورون ، ويصلون حوالي ١٤.٢٪ من إجمالي عدد السكان ، وتتراوح معدلات ذكائهم بين ٥٠ و ٧٠ درجة . وهم لا يستطيعون مواصلة الدراسة وفقاً للمعدلات والمناهج العادية ، إلا أنهم

يتملكون المقدرة على التعلم بدرجة ما إذا ما توافرت لهم خدمات تربوية خاصة تتفق وهذه المقدرة أو الاستعداد داخل بيئة تعليمية ملائمة - مدارس أو فصول خاصة بهم - وغالبا لا يستطيعون البدء في اكتساب مهارات القراءة والكتابة والهجاء والحساب قبل سن الثامنة وربما الحادية عشرة .

وهم يتعلمون ببطء شديد ، لذا لا يمكنهم تعلم المواد الدراسية المقررة في سنة دراسية واحدة مثلما هو الحال بالنسبة للطفل العادي ، وعندما ينتهون من مراحل دراستهم الرسمية يكون تحصيلهم مقاربا لمستوى يتراوح بين الصف الثالث والخامس الابتدائي العادي ، ويبدى بعضهم استعدادا للتعلم في بعض المجالات المهنية ربما يبلغ أحيانا حد التفوق ، لذا يمكنهم ممارسة بعض الأعمال والحرف التي يستطيعون عن طريقها إعالة أنفسهم كليا أو مع مساعدة خارجية .

٣- القابلون للتدريب: Trainables

وهم حالات التخلف العقلي المتوسط الذين كان يطلق عليهم البلهاء ، ويمثلون حوالي ١٣ ، ٠٪ من أجمالي عدد السكان ، كما يمثلون حوالي ٧:٥٪ من المتخلفين عقليا ، ويتراوح ذكاؤهم بين ٢٥ و ٥٠ درجة . وهم يعانون من صعوبات شديدة تُعجزهم عن التعليم اللهم إلا من قدر ضئيل جدا من المهارات الأكاديمية والمعلومات الخاصة بالقراءة والكتابة والحساب ، إلا أنهم قابلون للتدريب - وفقا لبرامج خاصة - على مهام العناية الذاتية والوظائف الاستقلالية ، والمهارات الاجتماعية ، والأعمال اليدوية الخفيفة والرتيبة مما لا يستلزم مهارات فنية عالية ، وذلك تحت الإشراف الفني والتوجيه المهني في بيئات وورش محمية . ويمكنهم الاستقلال جزئيا عن الكبار في تحملهم لتبعات الحياة اليومية ، أو ممارسة بعض الأعمال والحرف البسيطة التي قد تغنيهم عن أن يكونوا عالة على الآخرين .

٣- المعتمدون: Custodial

وهم حالات التخلف العقلي الجسيم أو المطبق وأكثر مستوياته تدنيا وتدهورا ، وقد معاملات ذكاؤهم عن ٢٥ وكان يطلق عليهم المعتمدين ، وهم يشكلون ما يقرب من ٥٪ من المتخلفين عقليا ، ويقعون في نطاق ١٣ ، ٠٪ من عدد السكان عموما ، وهم عاجزون كلية حتى عن العناية بأنفسهم أو حمايتهم من الأخطار ، لذا يعتمدون اعتمادا كليا على

غيرهم طوال حياتهم ، ويحتاجون إلى رعاية إيوائية متخصصة ومستمرة من النواحي الطبية والصحية والنفسية والاجتماعية ، إما داخل مؤسسات خاصة أو مراكز علاجية أو فى محيط أسرهم الطبيعية ، إذا ما توافرت لهم ظروف الرعاية المناسبة .

٢-١- التصنيف الاجتماعي :

ينبنى هذا التصنيف على محك التواءم أو التكيف الاجتماعى للفرد ، ومدى اعتماده على نفسه ووفائه بالواجبات والمطالب الاجتماعية . ويستخدم العلماء فى تحديد ذلك مقاييس للنضج الاجتماعى والسلوك التكيفى .

ويعرف " هيبير " Heber السلوك التكيفى Adaptive Behavior بأنه كفاءة الفرد فى التكيف للاحتياجات المادية والاجتماعية لبيئته ، ويرى أن القصور فى السلوك التكيفى لدى المتخلفين عقليا يتخذ أشكالا متداخلة مختلفة تبعا لعامل السن تتمثل فى كل من : قصور النضج ، والمقدرة على التعلم ، والتكيف الاجتماعى . (فاروق صادق ، ١٩٨٢) .

نفى سنوات ما قبل المدرسة يعد إخفاق الطفل فى تحقيق معدل النضج اللازم فى نمو مهاراته الحركية ؛ كالجولوس والحبو والوقوف والمشي والجري والتحكم فى عملية الإخراج والكلام ، أمر له دلالة على وجود التخلف العقلى فى هذه السنوات .

ويصبح قصور الطفل فى المقدرة على التعلم من المواقف والخبرات المختلفة التى يتعرض لها عموما ، والمواقف الأكاديمية خصوصا محكا مناسباً للدلالة على التخلف العقلى خلال سنوات المدرسة الابتدائية ، بينما يكون إخفاق الفرد فى تحقيق الاستقلالية عن طريق ممارسة عمل منتج ، وفى تكوين علاقات شخصية واجتماعية مع الآخرين ، وفى مسابقة المعايير والأعراف الاجتماعية من أهم محركات التخلف العقلى خلال مرحلة الرشد .

ومن بين المقاييس التى استخدمت لفترة طويلة فى تحديد مظاهر السلوك التكيفى مقياس فينلاند للنضج الاجتماعى Vineland Social Maturity Scale لإدجار دول ويتناول هذا المقياس السلوك الاجتماعى للفرد منذ الميلاد حتى ٢٥ سنة ، وهو يتألف من ١١٧ سؤالاً موزعة على المجالات التالية :

١- العناية بالنفس .

٢- توجيه الذات .

٣- الحركة والتنقل .

٤- المهنة .

٥- التفاهم والاتصال .

٦- العلاقات الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي .

وقد لقي هذا المقياس انتقادات واسعة مما أدى بالرابطة الأمريكية للضعف العقلي إلى تكليف " هنري ليلاند " Leland وآخرين ١٩٦٦ بإعداد مقياس جديد للسلوك التكيفي "Adaptive Behavior Scale "ABS حيث صدر المقياس في شكله النهائي عام ١٩٧٤ ، وهو يصلح للتطبيق بدءاً من سن الثالثة وحتى الشيخوخة ، وله صورتان إحداها للعاديين والأخرى لذوى الاحتياجات الخاصة ، وتطبق كل منهما على مستويين أولهما من سن الثالثة حتى نهاية الثانية عشر من العمر ، وثانيهما بدءاً من سن الثالثة عشر فما فوق . ويتكون مقياس السلوك التكيفي من ١١ سؤالاً موزعة على قسمين هما المظاهر النمائية وتشمل عشر مجالات ، والانحرافات السلوكية وتشمل أربعة عشر مجالاً على النحو التالي :

١ - المظاهر النمائية وتشمل المجالات الفرعية الآتية :

١- التصرفات الاستقلالية .

٢- النمو الجسمي .

٣- النشاط الاقتصادي .

٤- النمو اللغوي .

٥- مفاهيم العدد والزمن .

٦- أداء الأعمال المنزلية .

٧- النشاط المهني .

٨- التوجيه الذاتي .

٩- المستولية .

١٠- التطبيع الاجتماعي .

ب - الانحرافات السلوكية وتشمل المجالات الفرعية الآتية :

١- السلوك المدمر والعنيف .

٢- السلوك المضاد للمجتمع .

٣- سلوك التمرد والعصيان .

٤- السلوك غير الموثوق به .

٥- الانسحاب .

٦- السلوك النمطي واللزمات .

٧- عادات اجتماعية غير مقبولة أو شاذة .

٨- عادات صوتية غير مقبولة .

٩- عادات سلوكية غير مقبولة أو شاذة .

١٠- سلوك يؤذى النفس .

١١- النزعة إلى فرط النشاط الحركي .

١٢- السلوك الشاذ جنسيا .

١٣- الاضطرابات النفسية الانفعالية

١٤- استعمال الأدوية .

ويمكن تقسيم فئات التخلف العقلي بحسب درجات القصور في السلوك التكيفي كما يلي :

١- القصور البسيط أو الخفيف Mild : يرتبط القصور في السلوك التكيفي داخل هذه الفئة بما يلقاه الطفل من معاملة أمرية ومدرسية ، والتوقعات السلبية المسبقة عن استعداداته وسلوكه ، ومدى تعريضه لخبرات ومواقف لا تتناسب واستعداداته مما يعرضه لمشاعر الفشل المتكرر والإحباط ، ومن ثم تكون الحاجة ماسة إلى ضرورة

تفادى هذه المواقف ، وتحقيق التكافؤ بين ظروف و مطالب البيئة من ناحية ، ومقررات هؤلاء الأطفال من ناحية أخرى بما يساعدهم على التعلم واكتساب مشاعر الثقة والإنجاز قدر الإمكان . ويلاحظ أن أطفال هذه الفئة قابلون للتعلم وإن كانوا يتقدمون ببطء ، إلا أنهم يمكن أن ينفذوا من البرامج التعليمية العادية ويحققوا استقلالاً شخصياً ، ويعولوا أنفسهم اقتصادياً فى مستقبل أيامهم بصورة تامة أو جزئية ، كما يحققون تكيفاً فى الوظائف التى تتلاءم مع استعداداتهم .

وهم بحاجة ماسة إلى برامج توجيهية وإرشادية لتحديد أهداف مهنية واقعية لحياتهم ، وانتقاء وظائف مناسبة ، ولمواجهة ما قد يمارسونه من انحرافات سلوكية كالغضب والعُدوان والجُنون .

٢- القصور المتوسط Moderate : يعانى المتخلفون بدرجة متوسطة من القصور فى المظاهر النمائية ، ومع ذلك يمكن تدريبهم على اكتساب مهارات المساعدة الذاتية والعناية بالنفس ؛ كارتداء الملابس وخلعها وعادات النظافة والإخراج ، وتناول الطعام . كما يمكن تدريبهم على القيام ببعض الأعمال المنزلية وممارسة مهن يدوية خفيفة . وهم قادرون على اكتساب المهارات والعادات السلوكية التى تسهم فى تحسين تكيفهم الشخصى والاجتماعى فى المنزل ومع جماعة الأقران ، وفى المجتمع بصفة عامة ؛ بمشاركة الآخرين والتعاون معهم ، واحترام حقوقهم وملكياتهم .

٣ - القصور الشديد Severe : إضافة إلى ما يعانى منه أطفال هذا المستوى من قصور فى المظاهر النمائية فإن تخلفهم العقلى غالباً ما يصاحبه إعاقات جسمية أخرى ، وتأخر فى النمو اللغوى والمهارات الحركية ، وعبوياً فى النطق والكلام . كما يعانون من القصور الشديد فى الاستقلال الذاتى والعجز عن إصدار أحكام صحيحة أو اتخاذ القرارات بأنفسهم ، ويمكن أن يتعلموا قليلاً من المهارات الشخصية للاعتماد على النفس وتفادى بغض الأخطار ، إلا أنهم فى حاجة ماسة إلى الإشراف والرعاية شب الكاملة فى مؤسسات إيوائية متخصصة غالباً .

٤ - القصور الحاد أو العميق Profound : يكاد يكون التخلف العقلى فى هذه الفئة مطبقاً ، ويصاحبه تدهور فى الحالة الصحية والتأخر الحركى والنمو الحاسى الحركى ، وقصور شديد فى الاستعدادات اللازمة لنمو اللغة والكلام ومن ثم أساليب التواصل ،

وما يترتب على ذلك كله من عجز ونقص واضح فى الكفاءة الشخصية والاجتماعية ،
لذا ... يظل المتخلفون عقليا من هذه الفئة فى حاجة إلى الاعتماد المستمر على غيرهم
طوال حياتهم ، ورعايتهم رعاية كاملة داخل مراكز علاجية خاصة .

الوقاية من التخلف العقلي ورعاية المتخلفين عقليا

أولاً : الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة :

يؤكد الباحثون على الأهمية القصوى لما يجب أن يبذل من جهود وقائية Preventive
على مستويات مختلفة لحماية الطفل من التخلف العقلي ؛ كالوقاية الأولية التى تتمثل
فى التخلص من أسبابه أو ناقلاته عن طريق الإجراءات الممكنة اتخاذها سواء قبل فتره
الحمل أو أثناءه ، لرعاية الجنين وضمان سلامة نموه الجسمى والعقلى بشكل طبيعى . أما
الوقاية الثانوية فتتمثل فى الكشف المبكر عن أسباب التخلف العقلي وعلاجها أو
السيطرة عليها مبكراً أثناء الحمل والولادة وبعدها مباشرة ، وقبل أن تستفحل آثارها
السلبية على الطفل ، وتؤدى إلى إعاقة نموه العقلي ، وتوفير فرص الرعاية الشاملة
المتكاملة للأسر متتدنية الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية لوقاية أطفالها عما قد يتعرضون
له من ألوان الحرمان الثقافى ، وفرص التنمية الجسمية والنفسية ، والاستشارة العقلية
اللازمة .

ومن بين أشكال الوقاية الواجبة أيضاً الوقاية من الدرجة الثالثة ، التى تتمثل فى
برامج الرعاية التعليمية والتدريبية ، والتأهيلية والتشغيلية للمتخلفين عقلياً ، وما
يستلزمه ذلك من رصد الميزانيات وإعداد الكوادر البشرية المتخصصة وإنشاء المدارس
والمؤسسات ، وتجهيزها وإعداد البرامج اللازمة ، وإتاحة فرص العمل والتشغيل ودمج
المتخلفين عقلياً فى الحياة الاجتماعية وتشجيعهم ومتابعتهم .

ومن بين أهم الإجراءات الوقائية ما يلى :

١- الكشف المبكر عن الحالات الأكثر عرضة للتخلف العقلي من الأجنة والأطفال
high-risk قبل الولادة وائناها وبعدها ؛ كحالات اضطرابات التمثيل الغذائى ،
وجود بعض الأمحاض الأمينية فى دم الطفل وبوله ، وحالات الخلل الكروموزومى فى
الجينات عند الوالدين أو أحدهما ، واختلاف فصائل الدم عند الزوجين ، وحالات
التسمم ، وإصابة الأم ببعض الأمراض المعدية ، واتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية

المبكرة للسيطرة على هذه الأسباب .

٢- تحصين الزوجات قبل الحمل بفترة كافية ضد الأمراض المعدية التي قد تصيب الأم أثناء الحمل ، والعناية بصحة الأمهات الحوامل وتغذيتهم ، وعدم تعريضهن للإشعاعات ، أو لاستخدام الأدوية دون استشارة طبية ، أو لأخطار السموم والكيماويات أو للإجهاد البدني والنفسي ضمانا لتوفير أفضل ظروف ممكنة لفترة حمل طبيعي .

٣- العناية بأساليب الوقائية كبرامج الإرشاد الوراثي Genetic-Counselling وتعميم مكاتب الفحص الطبى الإجبارى للمقبلين علي الزواج ، لتقديم الاستشارات الوراثية واكتشاف الصفات الوراثية السائدة والمتنحية لديهم ، والتوعية بمخاطر الأمراض الوراثية وزواج الأقارب ، والزواج والإنجاب المتأخر والمتكرر بالنسبة للإناث خاصة ، وذلك لتقليل من حدوث الأمراض الوراثية للجنين .

٤ - توفير برامج الإرشاد الصحي بمختلف الوسائل والطرق لتوعية السيدات الحوامل بمسببات الإعاقة العقلية ، وبالمؤشرات النالة على تعرض الجنين للتخلف العقلي قبل الولادة وأثناءها وبعدها ، وبالإجراءات الوقائية اللازمة .

٥ - كفالة الرعاية الصحية والاجتماعية للأطفال الرضع ، والفحوص الطبية الدورية ، وحصينهم فى المواعيد المحددة ضد الأمراض كشلل الأطفال .

٦- تهيئة سبل الرعاية والخدمات الاجتماعية والصحية والتعليمية والثقافية للأطفال فى الأحياء الفقيرة والعشوائية والمحرومة ، وفى الأسر المتصدعة والمفككة لتحسين ظروفهم وأوضاعهم المعيشية والاجتماعية والصحية ، ومساعدتهم فى الحصول على الاحتياجات الأساسية لنموهم الجسمى والعقلى .

٧- التوسع فى إنشاء دور الحضانه ورياض الأطفال بالنسبة للأطفال المتخلفين عقليا ، وإعداد الكوادر البشرية المؤهلة اللازمة للرعاية التربوية والتعليمية المبكرة لهم ، بغية التقليل ما أمكن من الآثار السلبية المترتبة على الإعاقة العقلية والحد منها .

٨- الاهتمام ببرامج الارشاد الأسرى لمساعدة الوالدين على تقبل الطفل المتخلف عقليا ، ومعاملته بأساليب مناسبة ، وإشباع احتياجاته ، ولتنمية المهارات الوالدية للمشاركة فى العناية المبكرة للطفل وتربيته .

ومن أقدم الدراسات التى أوضحت جدوى التدخل المبكر فى مجال التخلف العقلى دراسة "سكيلز ودائ" Skeels & Dye (١٩٣٩) التى أجريها على مجموعتين من الأطفال المتخلفين عقليا، كان متوسط أعمارهم الزمنية أقل من ثلاث سنوات ، وتكونت المجموعة التجريبية من ٦٣ طفلاً بلغ متوسط نسب ذكاء أفرادها ٦٤,٣ درجة ، بينما تكونت المجموعة الضابطة من ١٢ طفلاً ، بلغ متوسط نسب ذكاوتهم ٨٦,٧ درجة وتكافأ أفراد المجموعتين من حيث ظروف الولادة والمستوى الاجتماعى والثقافى . وقد أحق الباحثان ٢٠ طفلاً من أفراد المجموعة التجريبية بمؤسسة لرعاية الفتيات المتخلفات عقليا بحيث يقضون الفترة الصباحية بروضة أطفال ، ويتدربون بقية الوقت على مهارات العناية الذاتية داخل المؤسسة عن طريق الفتيات الأكبر سناً ، أما بقية أفراد المجموعة فقد تم إلحاقهم بأسر بديلة لرعايتهم والعناية بهم ، بينما ترك أفراد المجموعة الضابطة للحياة داخل الملجأ .

وقد أعيد قياس ذكاء أفراد المجموعتين بعد حوالى سنتين فبين تحسن مستوى ذكاء المجموعة التجريبية حيث بلغ متوسط نسبة ذكاء أفرادها ٩١,٨ درجة - بفارق ٢٧,٥ درجة عن التطبيق الأول - بينما انخفض متوسط معدل ذكاء أفراد المجموعة الضابطة ، حيث بلغ المتوسط ٦٠,٥ درجة بفارق ٢٦,٥ درجة أقل من التطبيق الأول .

كما تابع " سكيلز " ١٣ حالة من المجموعة التجريبية و١٢ حالة من المجموعة الضابطة بعد مرور ٢٥ سنة ، فبين أن أفراد المجموعة الأولى قد أمقوا دراستهم الثانوية ، والتحق بعضهم بالجامعة وتزوج وأنجب أطفالاً عاديين ، بينما لم يكمل معظم أفراد المجموعة الثانية دراستهم الابتدائية ، وحصلوا على أعمال غير ماهرة ، واستمر أربعة أفراد منهم فى الحياة داخل الملجأ . وانتهى " سكيلز " سنة ١٩٦٦ من دراساته إلى أن البيئة التى يعيش فيها الأطفال تعد مسؤولة إلى حد كبير عن تحسن مستوى ذكاوتهم أو انحطاطه . (كمال إبراهيم مرسى ، ١٩٧٠ ، ١٩٩٥) .

وهكذا فإنه يبدو أن البيئة الغنية بالمنبهات والمثيرات والخبرات الاجتماعية من شأنها أن تؤدى إلى النمو العقلى والعاطفى والاجتماعى للطفل ، بينما يؤدى الحرمان البيئى من التنبيهات والخبرات فى سن الطفولة المبكرة إلى توقف النمو العقلى بل وتدهوره .

وقام "كيرك" Kirk (١٩٥٨) بدراسة لمدى تأثير برنامج تعليمى على النمو العقلى

والاجتماعى لأطفال متخلفين عقلياً فى سن ما قبل المدرسة ٦:٣ سنوات تراوحت نسب ذكائهم بين ٤٥ ، ٨٠ درجة ، وكان من بين مجموعات البحث مجموعة تجريبية مكونة من ١٥ طفلاً تلقوا برنامجاً تعليمياً داخل المؤسسة ، وأخرى ضابطة مكونة من ١٢ طفلاً بقوا داخل المؤسسة دون تعريضهم لهذا البرنامج .

وأوضحت النتائج أن معدلات ذكاء أفراد المجموعة التجريبية قد زادت من ٦١ إلى ٧١ درجة على اختبار "استانفورد - بينيه " ، ومن ٥٧ إلى ٦٧ على اختبار "كولمان" للنمو العقلى ، ومن ٧٢ إلى ٨٢ على مقياس فينيلاند للنضج الاجتماعى . بينما انخفضت معدلات نمو ذكاء أفراد المجموعة الضابطة من ٥٧ إلى ٥٠ على اختبار "استانفورد - بينيه" ، ومن ٥٤ إلى ٥٠ على اختبارات "كولمان " ، ومن ٧٣ إلى ٦١ على مقياس النضج الاجتماعى .

وتؤكد نتائج هذه الدراسة جدوى الخبرات والبرامج التعليمية المبكرة (فى مرحلة ما قبل المدرسة) وفعاليتها فى الإسراع بمعدلات النمو العقلى والاجتماعى بالنسبة للأطفال الذين ينمون فى بيوت محرومة نفسياً وثقافياً (فاروق صادق ، ١٩٨٢) .

وقام كمال ابراهيم مرسى (١٩٧٠) بدراسة للكشف عن أثر الرعاية الخاصة على القدرات العقلية والسيكومترية والاجتماعية والتحصيل الدراسى عند الأحداث المتخلفين عقلياً المدعومين بمؤسسات الرعاية الاجتماعية ، أجريت على ٦٧ حدثاً قُسموا إلى مجموعتين ، تكونت المجموعة الضابطة من ٢٥ حدثاً تراوحت أعمارهم الزمنية بين ٨ و ٢٠ سنة بمتوسط ١٤ سنة ، ونسب ذكائهم بين ٣٠ و ٦٥ درجة بمتوسط ٥٠.٥ درجة ، وتكونت المجموعة التجريبية من ٤٢ حدثاً تراوحت أعمارهم الزمنية بين ٨ و ١٩ سنة بمتوسط ١٣.٤ سنة ، ونسب ذكائهم بين ٣٠ و ٦٥ درجة بمتوسط ٤٧ درجة . وكانت المجموعتين متكافئتين من حيث التاريخ الأسرى والحياة السابقة ونوع الانحراف . وقد تركت المجموعة الضابطة لتعيش مع الأحداث غير المتخلفين ، تتعرض لبرامجهم التعليمية والتأهيلية والاجتماعية ، بينما عزلت المجموعة التجريبية بقسم التربية الفكرية ، حيث تم تعريضها لمدة ١٨ شهراً إلى برنامج يتضمن : أنشطة نفسية اجتماعية لتدريب الأحداث على العادات الأساسية والسلوك الاجتماعى المقبول ، وأنشطة رياضية لتنمية المهارات والتآزر الحركى ، وأنشطة ثقافية لتزويدهم بالمعلومات عن الأحداث الجارية والحياة الاجتماعية والدينية ، وبرنامج دراسى لتعليمهم القراءة والكتابة والحساب ، وتنمية

مقدرتهم على النطق والكلام ، وبرنامج هوايات لشغل أوقات الفراغ وتوجيه طاقاتهم إلى عمل مفيد .

وتبين من نتائج الدراسة زيادة متوسط نسب ذكاء المجموعة التجريبية حوالى سبع درجات ، بينما نقص متوسط ذكاء المجموعة الضابطة حوالى درجة ونصف ، كما تحسن مستوى أداء أفراد المجموعة التجريبية على اختبارات المهارة اليدوية ومهارة الأصابع ، مما يشير إلى تحسن مهاراتهم الحركية ، ولجحوا فى تحصيل منهاج الفرقة الأولى الابتدائية وبعض الخبرات المدرسية ، وتمكن بعضهم من القراءة والكتابة والحساب ، وزادت كفاءتهم الاجتماعية واعتمادهم على أنفسهم كلياً أو جزئياً فى تحمل مسئولياتهم الشخصية والاجتماعية ، واتجه سلوكهم وجهة السلوك المرغوب فيه .

وقامت علا عبد الباقي إبراهيم (١٩٩١) بدراسة استهدفت الوقوف على أثر برنامج للتدريب على بعض المهارات المنزلية فى تنمية مفهوم الذات لدى المتخلفات عقلياً ، وتألفت عينة البحث من ٦٦ فتاة متخلفة عقلياً من المقيمات بمؤسسة التشخيص الفكرى بحلوان ، منهن ٣٢ فتاة من القابلات للتعلم تراوحت أعمارهن الزمنية بين ١٠ و ١٥ سنة ، ٣٤ فتاة من القابلات للتدريب ، تراوحت أعمارهن الزمنية بين ١٥ و ٢٠ سنة . وتم تقسيم أفراد كل فئة إلى مجموعتين متساويتين إحداها تجريبية والأخرى ضابطة . وتم تعريض المجموعتين التجريبيتين لبرنامج تدريبى على بعض المهارات المنزلية فى مجالين هما : مجال الطعام واشتمل على مهارات إعداد المائدة وتنظيفها ، وغسل الأواني والأدوات وتجهيفها وحفظها ، ومجال أعمال المنزل واشتمل على مهارات نفث الأتربة وجمع النفايات ووضعها فى سلة المهملات ، والكنس وتلميع الأسطح الزجاجية ، وتوضيب الأسرة ، وجمع الملابس والمفروشات غير النظيفة ومسح الغرف . وأوضحت نتائج المقارنات تحسناً ملحوظاً فى مفهوم الذات لدى الفتيات اللاتي تم تدريبهن على المهارات المنزلية لدى مقارنتهن بالفتيات اللاتي لم تتلقين هذا التدريب .

كما أجرت ليلي كرم الدين (١٩٩٤) دراسة تجريبية للتحقق من مدى كفاءة وفاعلية برنامج تروى عقلى لغوى فى رفع مستوى الأداء العقلى وزيادة حجم الحصيلة اللغوية للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ، وذلك على مجموعتين من الأطفال بإحدى مدارس التربية الفكرية إحداها تجريبية ، والأخرى ضابطة متكافئتين من حيث المتغيرات المرتبطة بالنمو اللغوى والعقلى ، وبلغ عدد أفراد كل منهما ٣٢ طفلاً وطفلة .

واشتمل محتوى البرنامج من حيث الجانب العقلى على التدريب على العمليات المنطقية (التصنيف ، الترتيب والتسلسل ، المقابلة ، التطابق ، والعلاقات المكانية والزمانية) والمفاهيم العقلية الأساسية (الكم والحجم والوزن والعدد ، وثبات هذه الأبعاد) كما اشتمل البرنامج من حيث الجانب اللغوى على المهارات اللغوية الأساسية اللازم اكتسابها خلال مرحلة ما قبل المدرسة ، وهى مهارات الاستماع والتعبير والتواصل اللغوى ، واكتساب المدلولات اللفظية التى تعبر عن المفاهيم ، والتهيهو للقراءة ، والتهيؤ للكتابة ، وقد استمر تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية لمدة ثلاثة شهور . وكان من أهم ما أسفرت عنه نتائج الدراسة ثبوت كفاءة وفاعلية البرنامج العقلى اللغوى المزدوج فى رفع مستوى الأداء العقلى ، وزيادة حجم الحصيلة اللغوية لدى أفراد المجموعة التجريبية الذين تم تطبيقه عليهم .

وتؤكد نتائج دراسات أخرى عديدة منها على سبيل المثال : صالح هارون ١٩٨٥ ، إجلال سرى ١٩٨٩ ، فيرليت إبراهيم ١٩٩٢ ، علا عبد الباقي ١٩٩٥ ، أسماء عبد الله ١٩٩٥ ، إضافة إلى نتائج الدراسات سالفة الذكر أن البرامج المخططة والمنظمة للرعاية النفسية والتربوية والاجتماعية الموجهة للمتخلفين عقلياً فى مراحل فوهم المبكرة ، والمناسبة لمقدراتهم واحتياجاتهم لها فاعليتها وتأثيرها الإيجابى فى تنشيط استعداداتهم وتحسين معدلات فوهم العقلى ، وتطوير مهاراتهم التوافقية الشخصية والاجتماعية ، وعلاج مشكلاتهم السلوكية . كما تؤدى إلى تحسين نظرتهم إلى أنفسهم وإشعارهم بالقيمة الذاتية والثقة بالنفس .

خاتمة : الواية التربوية والتعليمية :

جاءت الرعاية التربوية للمتخلفين عقلياً فى مصر متأخرة عنها بالنسبة للمكفوفين والصم ، حيث أنشئت أول مدرسة خاصة لتعليم المكفوفين فى عهد الخديوى اسماعيل عام ١٨٧٤ ، بينما تأسس أول معهد للتربية الفكرية بالدقى فى نهاية عام ١٩٥٦ للأطفال الذين تتراوح معاملات ذكائهم بين ٥٠ و ٧٠ درجة ، وترك أمر رعاية من هم دون هذا المعدل لرعاية الشئون الاجتماعية . وكانت وزارة المعارف قد أنشأت عام ١٩٥٠ ثلاث عيادات سيكولوجية يعمل بها عدد من المتخصصين فى علم النفس والاجتماع لتقديم الخدمات النفسية للمتخلفين عقلياً ، كما عنيت الوزارة فى هذا الوقت بإرسال بعثات مدة كل منها ثلاثة شهور إلى كل من إنجلترا وفرنسا لإعداد الكوادر اللازمة فى مجال تربية المعوقين وتعليمهم .

وفى عام ١٩٥٨ وافقت الوزارة على افتتاح مدارس جديدة لاستكمال مراحل التعليم الإعدادى ، والمهنى استكمالاً للمرحلة الابتدائية فى معاهد الأمل (للصم) والتربية الفكرية (للمتخلفين عقلياً) . وأنشئت فى عام ١٩٦٤ إدارة عامة مستقلة للتربية الخاصة على مستوى الوزارة تشمل إدارات فرعية إحداها للتربية الفكرية . ومنذ هذا الوقت أخذ عدد مدارس التربية الفكرية فى التزايد حتى بلغ عام ١٩٩٥ - ١٩٩٦ ثمان وسبعين مدرسة بالإضافة إلى ستة وثلاثون فصلاً ملحقة بمدارس العاديين ، وتغطى هذه المدارس والفصول خمس وعشرين محافظة كما تستوعب ٩٤٤٤ تلميذاً *

ويقبل المتخلفون عقلياً بمدارس التربية الفكرية أو فصولها (النظام الداخلى أو الخارجى) فى العمر الزمنى من ٦ - ١٨ سنة متى توفرت فيهم شروط القبول ** .

وتنقسم مدة الدراسة بهذه المدارس والفصول إلى ثلاث فترات أولاها فترة تهيئة مدتها عامان لمن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٦ و ١٠ سنوات ، والعقلية بين ٣ أو ٤ إلى ٦ سنوات ، وتشمل تدريبات حاسوبية وعقلية وحركية ويدوية وفنية لإثراء خبراتهم وتنمية استعداداتهم ، وتهيئتهم للانتقال للفترة التالية وهى الفترة الابتدائية التى يلحق بها من تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٨ و ١٨ سنة ، والعقلية بين ٦ و ٨ سنوات ، وتتضمن الدراسة خلالها تعلم المهارات الأكاديمية المناسبة فى القراءة والكتابة ، إضافة إلى بعض المواد الثقافية والأنشطة العملية الرياضية والفنية والموسيقية ، أما الفترة الثالثة فتحصص للإعداد المهنى ومدتها ثلاث سنوات ، ويلحق بها من تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٤ و ٢٢ سنة ممن تبلغ أعمارهم العقلية ثمان سنوات فأكثر ، بهدف الكشف عن استعداداتهم المهنية وتنميتها بالتدريب المناسب ، ويمتخ الخريجون من أقسام الإعداد المهنى مُصدقة بإتمام الدراسة فيها . (وزارة التربية والتعليم : ١٩٩٠ ، ١٩٩٥ "ب") .

أهداف التربية التربوية والتعليمية :

تهدف البرامج التربوية والتعليمية للمتخلفين عقلياً إلى تحقيق النمو والتوافق فى المجالات التالية :

- * وزارة التربية والتعليم ، الإدارة العامة للتربية الخاصة ، الإحصاء الاستقرارى لعام ١٩٩٥ / ١٩٩٦ .
- ** تتضمن هذه الشروط أن يكونوا من القابلين للتعلم - ذكاء - يتراوح بين ٥٠ و ٧٥ درجة - ، وألا تكون إعاقتهم العقلية مصحوبة بإعاقات أخرى تحول دون إفادتهم من البرنامج التعليمى ، وقضائهم فترة تحت الملاحظة لا تقل عن اسبوعين ، واجتياز الاختبارات النفسية والفحوص الطبية اللازمة .

١ - مجال النمو والتوافق الشخصي :

ويعنى النمو والتوافق الشخصى كل ما يعزز شعور الطفل بقيمته الذاتية واستقلاله ووجوده الشخصى ، ويمكنه من التوجيه الذاتى والاعتماد على نفسه بقدر استطاعته وذلك عن طريق :

أ - تعلم وممارسة المهارات الاستقلالية الأساسية واللازمة للعناية الذاتية ، والاعتماد على النفس فى اللبس والمأكل وقضاء الحاجة والنظافة الشخصية ، واتقاء الأخطار وتجنب الحوادث .

ب- اكتساب المهارات الحركية ومساعدة الطفل على التحكم والتأزر الحاسركى ، وتحسين مقدرته على الانتباه والتركيز والتمييز الحاسى .

ج - تمكين الطفل من اكتساب وممارسة بعض مهارات النمو اللغوى ومساعدته على إدراك المعانى والمفاهيم اللغوية .

د - تنمية المهارات اللغوية لدى الطفل ومقدرته على النطق والكلام الصحيحين ، وتشجيعه على الاتصال اللفظى والتفاهم مع الآخرين .

هـ - تمكين الطفل من اكتساب المهارات الأساسية اللازمة لممارسة مهام الحياة اليومية كإدراك الوقت والزمن ، ومهارات التنقل واستخدام المواصلات ، والتعامل بالنقود والأرقام ، والاتصال بالآخرين ، واستخدام مسميات الأشياء والتمييز بينها .

و - تعلم العادات الصحية السليمة وممارستها لتمكينه من الحفاظ على صحته .

ز - تدعيم الصحة النفسية للطفل ومساعدته على ضبط الانفعالى وتقبل ذاته والثقة بنفسه .

ح - تنمية مقدرته البصرية والسمعية والحركية والعضلية وإكسابه بعضا من المهارات اللازمة لشغل وقت الفراغ .

٢- مجال النمو والتوافق الاجتماعى :

ويعنى هذا المجال تأهيل المتخلف عقلياً للحياة الاجتماعية وممارسة الدور الاجتماعى وذلك عن طريق :

أ - تنمية مهاراته الاجتماعية ومقومات السلوك الاجتماعى ؛ كاحترام العادات والتقاليد

وآداب الحديث والسلوك ، والحفاظ على ملكية الآخرين والملكية العامة وتحمل المسؤولية إزاء تصرفاته وأفعاله .

ب- توسيع نطاق خبراته الاجتماعية وتشجيعه على تكوين علاقات اجتماعية طيبة ومثمرة مع الآخرين ، وذلك بتهيئة المواقف الاجتماعية المناسبة والمتكررة للاندماج مع الآخرين ، ومشاركتهم الأنشطة المختلفة ، والتفاعل الإيجابي معهم .

ج- تشجيع الطفل على التكيف مع مختلف المواقف والظروف التي يواجهها وحسن التصرف فيها .

د- علاج الاضطرابات السلوكية ومظاهر السلوك المضاد للمجتمع لدى المتخلفين عقلياً كالعدوانية والميل إلى إيذاء الآخرين ، والانسحاب والعادات غير المقبولة أو الشاذة .

هـ- تنمية مهارات السلوك الاجتماعي كقبول الآخرين والتعاون والمساندة ، وتبادل الأخذ والعطاء ، والمشاركة الاجتماعية .

٣- مجال النمو والتوافق المعنوي :

يعد تأهيل المتخلفين عقلياً للحياة العملية ، ومساعدتهم على تحقيق استقلاليتهم واكتفائهم الذاتي من الناحية الاقتصادية بشكل جزئي أم كلي ، وطبقاً لما تسمح به استعداداتهم ، من أهم الغايات التي تسعى البرامج التربوية والتعليمية إلى تحقيقها ، وذلك عن طريق :

أ- الكشف عن استعداداتهم المهنية .

ب- التدريب على عمل ما أو مهنة مناسبة .

ج- إكسابهم العادات والاتجاهات المهنية الملائمة لها .

د- السعى لدى الجهات المختصة لتوفير فرص العمل والتشغيل .

وترجع البدايات الأولى للتربية الخاصة للمتخلفين عقلياً على المستوى العالمي إلى بدايات القرن التاسع عشر على يد نخبة من الأطباء الأوروبيين الذين قاموا بمحاولات رائدة في هذا الصدد ، وكان من أوائلهم الطبيب الفرنسي " جين مارك إيتارد " Itard الذي تولى محاولة تعليم الطفل " فيكتور " الذي عُثر عليه ضالاً بغابة أفيرون بفرنسا عندما كان عمره ١٢ عاماً ، وكان يشبه الحيوان من حيث سلوكه ويعانى من التخلف العقلي الشديد ،

ووضع له برنامجاً استمر طيلة خمس سنوات معتمداً على عدة مبادئ كان له الفضل في إرسائها ، ومن أهمها الاستشارة والتنبيه العصبى للطفل من خلال التدريب والتمييز الحاسى كمدخل لتنمية الذكاء ، ولجعل الطفل أكثر مرونة وكفاءة فى استخدام حواسه ، والتطبيع الاجتماعى للطفل وتعليمه بعض العادات لإحلال الدوافع والضوابط الإنسانية لسلوكه محل الرغبات والنزعات الحسية الحيوانية .

وجاء من بعده تلميذه " إدوارد سيجان " Seguin (١٨١٢ - ١٨٨٠) ليواصل التأكيد على مبدأ تدريب العضلات والحواس ، والعمل على استثارة الأعصاب المستقبلية وتقويتها لتوصيل النبضات الحسية إلى الجهاز العصبى المركزى ، وعلى ربط تدريب الطفل المتخلف عقلياً بميرله ورغباته ، وبنشاطات الحياة اليومية وبالبيئة المحيطة به ، وتنمية وظائف كل أعضاء الجسم . واعتبر " سيجان " اللمس بمثابة المدخل لخبرات الطفل الحسية والعقلية ، كما عنى بالتدريب السمعى والبصرى .

واهتمت " ماريا منتسورى " Montessori (١٨٧٠ - ١٩٥٢) فى طريقها التعليمية - التى مازالت معظم مبادئها وألعابها تطبق فى دور الحضانة ورياض الأطفال ومع المتخلفين عقلياً حتى الآن - بالتدريب الحاسى ، ويربط التعليم فى المدرسة بالمنزل ، وبتهيئة بيئة تعليمية آمنة تمكن الطفل من حرية الحركة ، والتعبير عن نفسه ومشاعره ، وتعليم نفسه بنفسه من خلال النشاط الذاتى بعيداً عن الإشراف المباشر من قبل المعلم ، كما عنيت بمكافأة الطفل وتدعيم سلوكه المرغوب . وصممت " منتسورى " أجهزة ومواد تعليمية خاصة استخدمتها فى استثارة حواس الطفل وإرهاقها كالورق الناعم والمصنفر للتدريب اللمسى ، والعلب والصناديق المملوءة بالرمل والزلط والماء وقطع المعادن وغيرها للتدريب السمعى ، والاسطوانات الخشبية واللوحات اللونية والأشكال والحجوم والمساحات المختلفة للتدريب البصرى .

كما ركز " ديكرولى " Decroly فى طريقته لتعليم المتخلفين عقلياً على تنمية الإدراك والتمييز الحاسى ، وزيادة الانتباه والتركيز ودقة الملاحظة فى إطار البيئة التى يعيش فيها الطفل ، وإكسابه العادات الاجتماعية . وأكد كلا من " دنكان " Duncan و" أليس ديسيدروس " Descoeudres مساعدة " ديكرولى " على تعليم الطفل عن طريق العمل والنشاط ، وإعطاء أهمية خاصة للتربية الفنية والأشغال اليدوية فى تعليم الطفل ، وذلك إضافة إلى ماسبق ذكره من مبادئه .

أسس البرامج التربوية والتدريس للمتخلفين عقلياً :

أسفرت الجهود السابق الإشارة إليها وغيرها ، عن إرساء مجموعة من المبادئ التى أصبحت أساساً مستقرة فى إعداد البرامج التعليمية وفى التدريس للمتخلفين عقلياً من بينها :

- ١- تحقيق الربط بين المادة الدراسية وكل من ميول الطفل ونشاطاته الحركية والعضلية ، والخبرة الواقعية المحسوسة ، والبيئة التى يعيش فيها .
- ٢ - أن تكون المادة المتعلمة ذات قيمة وظيفية وفائدة تطبيقية فى حياة الطفل بحيث تساعد على التكيف لمتطلبات بيئته وحياته اليومية .
- ٣ - الاستشارة والتدريب الحاسى كمدخل لتعليم الطفل ولتحسين مقدرته على التمييز والإدراك ، وجعله أكثر وعياً بالمشيرات من حوله ، وفهما وتذكراً لما يتعلمه .
- ٤ - تجزئ المادة المتعلمة وتتابعها بحيث لا ينتقل الطفل من جزء إلى آخر إلا بعد تمام فهمه واستيعابه واتقانه للجزء السابق مع التأكيد على الإعادة والتكرير والاسترجاع المستمر بضمان نجاح الطفل فى التعلم .
- ٥ - تسلسل المادة التعليمية وترتيبها بشكل منظم ، وتتابعها من العيانيات والمحسوسات فى حياة الطفل إلى المجردات ، ومن السهل إلى الصعب ، ومن الكلبيات إلى التفاصيل والجزئيات ، وبما هو مألوف إلى غير المألوف .
- ٦ - تفريد التعليم وفقاً لاستعدادات الطفل ومعدل سرعته فى التعلم ، واستعداداته للتحصيل والإنجاز ، واحتياجاته الشخصية .
- ٧ - تعزيز الاستجابات الصحيحة و تدعيم السلوك الإيجابى للطفل فى المواقف التعليمية والحياة المدرسية بمختلف الوسائل اللفظية والمادية المشجعة على تشبث هذه الاستجابات ودفع الطفل لمزيد من الثقة بالنفس والشعور بالنجاح .
- ٨ - إثراء البيئة التعليمية بالمشيرات ، وتنويع النشاطات المثيرة لاهتمام الطفل وطرق العمل وأساليبه ، وكفالة استخدام الطفل لعقله ويديه وحواسه فى عملية التعلم بما يساعد على جذب انتباهه وزيادة مستوى تركيزه .
- ٩- حسن توزيع فترات العمل والراحة بحيث لا يشعر الطفل بالإرهاق الجسمى والعقلى والملل .

١- المزج بين النشاطات النظرية والعملية ، واستغلال اللعب والعمل ، والنشاط الذاتي والتثليلى والفناء فى المواقف التعليمية .

كما يجب أن تسعى أنشطة المنهج لاسيما فى السنوات الأولى إلى تحقيق :

١١- تنمية الاستعدادات والمهارات الحركية .

١٢- تدريب الطفل وتعبيره على ممارسة العادات والمهارات الوظيفية الاستقلالية .

١٣- تنمية الاستعدادات والمهارات الاجتماعية ، وإكساب الطفل الأنماط السلوكية المرغوبة .

أنواع البرامج التربوية للمتخلفين عقليا :

١ - المدرسة الداخلية :

بعد هذا النوع أكثر ملاءمة للحالات الحادة أو المطبقة من التخلف العقلى أو تلك التى تستلزم العزل والرعاية اليومية المستديمة ، ولا تسمح ظروفهم الأسرية والوالدية لسبب أو آخر بتأمين هذه الرعاية لها ، وكذلك بالنسبة للأطفال المتخلفين الذين يعانون من صعوبات تكيفية ومشكلات سلوكية شديدة تستدعى عزلهم لفترة ربما تطول أو تقصر حتى يتسنى ضبط سلوكهم وتصرفاتهم وعلاجهم ، كما يلائم هذا النوع من البرامج الأطفال الذين يفقدون من مناطق نائية أو بعيدة لتلقى الخدمات التربوية والتعليمية مما يصعب معه العودة يوميا لذويهم أو يؤدى ذلك إلى عدم انتظامهم فى تلقى تلك الخدمات ومن ثم يفشلون فى تحقيق الإفادة المرجوة منها . ويستلزم هذا البرنامج ضمان تيسير التفاعل بين الأطفال المتخلفين وكل من الأطفال العاديين ، والمجتمع الخارجى من خلال الرحلات والزيارات وغيرها .

ب - المدرسة الخاصة :

ويلحق المتخلفون عقليا لهذا البرنامج إما بمدارس للتربية الخاصة تقدم خدماتها لأكثر من فئة من ذوى الاحتياجات الخاصة ، أو بمدارس مستقلة للتربية الفكرية خاصة بالمتخلفين عقليا على أن يعود الأطفال إلى أسرهم فى نهاية كل يوم دراسى لمزاولة حياتهم الاعتيادية معها . وقد يحتاج هذا البرنامج إلى متابعة نمو الطفل ونشاطاته فى نطاق أسرته من قبل إخصائين زائرين كالمدرسين والأطباء ، وإلى تدريب الوالدين للمشاركة فى البرنامج التعليمى أثناء تواجد الأطفال فى المنزل .

ج - الفصول الخاصة بممارس العاديين :

وهي أوسع البرامج انتشارا بالنسبة للمتخلفين عقليا بدرجة بسيطة ، كما أنها أكثرها تحبيذاً من قبل المتخصصين نظرا لعدم ارتفاع كلفتها الاقتصادية من جانب ، ولما توفره من فرص للتفاعل بين الطفل المتخلف ودمجه مع أقرانه العاديين على الأقل من خلال الأنشطة المدرسية والتواجد في بيئة حياتية طبيعية ، ونظراً لتحسن المستوى التحصيلي والتكيفي للطفل المتخلف في إطارها ، ولعل مما يحقق الإفادة القصوى من هذا البرنامج ضرورة بذل الجهود اللازمة للعمل على تغيير الاتجاهات السلبية لدى التلاميذ العاديين نحو الأطفال المتخلفين عقليا .

محتويات المناهج الدراسية :

عادة ما تتضمن المناهج الدراسية للمتخلفين عقليا تعلم المهارات الأساسية البسيطة في القراءة والكتابة والحساب إضافة إلى ممارسة التربية الفنية والحركية والرياضية .

1- القراءة والكتابة والحساب :

سبقت الإشارة إلى أن من أهم خصائص المتخلفين عقليا تأخر النمو اللغوي وضعف مستوى القراءة ويطء تعلم اللغة ، وعيوب النطق والكلام وفقر الحصيلة اللغوية مما يترتب عليه القصور في التعبير اللفظي ، لذا يستهدف المنهج الدراسي في هذا المجال العمل على تهيئة الطفل لعمليات القراءة والكتابة من خلال التدريب الحركي والسمعي والبصري لتحسين مهارات التوافق الحركي ، والاستماع والتمييز البصري بين الأشكال ، وتدريبه على صحة النطق والكلام السليم ، وتنمية المقدرة على التعبير اللغوي الصحيح .

كما يستهدف المنهج تنمية المحصول اللغوي باكتساب مفردات لفظية جديدة من خلال المحادثات الشفهية ، وحفظ النصوص والأناشيد والأغاني المبسطة ، والقراءة الجاهرة والعمل على تمكين الطفل من استخدام حصيلته اللغوية في التعبير عن نفسه ومشاعره لاسيما في الموضوعات المتصلة بخبراته ومشاهداته في الحياة اليومية والرحلات والحفلات والأنشطة المدرسية ، واكتساب مبادئ قراءة الحروف الهجائية وكتابتها ، وتدريبه على قراءة الكلمات والجمل البسيطة وال فقرات القصيرة وكتابتها ، وفهم معناها ويؤكد منهج الحساب على تعليم الطفل العد ، وقراءة الأعداد وكتابتها ، والعمليات الحسابية البسيطة كالجمع والطرح والضرب ، وتعريف الطفل بعضاً من المفاهيم الكمية الأساسية الضرورية اللازمة لحياته ؛ كالنقود والموازين والأطوال والكميات والزمن والوقت والحجوم .

ب - التربية الحركية والرياضية :

تسهم التربية الحركية والرياضية فى تحسين اللياقة البدنية والصحة العامة للمتخلفين عقليا ، وفى تنمية التوافقات العضلية العصبية ، والحاسية الحركية ، ومن ثم تحسين الكفاءة الحركية لديهم . كما تسهم فى رفع مستوى تركيزهم وانتباههم ومقدراتهم على الإحساس والتصور والتذكر والتمييز الحركى والبصرى مما يطور من استعداداتهم الإدراكية وينميها .

كما أن اللعب يعد نشاطا له جاذبيته الخاصة للمتخلفين عقليا لما يمنحه لهم من شعور بالمشاركة والفاعلية والمنافسة والتشجيع والرضا والسعادة ، ومن ثم يمكن أن يكون وسيطا ممتازا لتعليمهم الكثير من المفاهيم والمعلومات والعادات والأنماط السلوكية المرغوبة اجتماعيا فى جو ممتع ومحبب إلى النفس ، وللأنشطة الحركية قيمتها الإيجابية من حيث التفرغ أو التنفيس الانفعالى ، والتخلص من العزلة والانسحاب والطاقة العدوانية ، وإكساب المتخلفين عقليا بعض المهارات التى تمكنهم من شغل وقت فراغهم والاندماج مع الآخرين ، وتنمية اعتبارهم لذواتهم وثقتهم بأنفسهم مما يؤدى إلى تحسين صحتهم النفسية ، ولا يخفى علينا ما يترتب على تحسن مستوى التأزر والمرونة العضلية ، والمهارات الحركية لأعضاء الجسم لدى المتخلفين عقليا من زيادة كفاءتهم فى تعلم المهارات الأكاديمية ؛ كالكتابة وما تعوزه من حركات يدوية دقيقة وتوافقات حاسركية بين العين واليد مثلا .

ج : التربية الفنية :

يمكننا تلخيص أهم المكاسب التى يجنيها المتخلفون عقليا من ممارسة الأنشطة الفنية فيما يلى :

١ - تكفل الأنشطة الفنية فرصاً كثيرة للمتخلفين عقليا لتحقيق ذواتهم والتقليل من شعورهم بالدونية والقصور ، وتنمية ثقتهم بأنفسهم وتقديرهم لذواتهم وشعورهم بالإنجاز بطريقة أو بأخرى . ففى الفن يمكن لكل طفل أن يشعر بأنه ينتج أعمالاً متساوية مع الآخرين وربما ساعد على تحقيق ذلك ما يلى :

أ - طبيعة الفن ذاته من حيث أنه يتضمن نشاطات واسعة تتراوح بين البساطة والتعقيد ، يمكن أن يجد فيها كل طفل - مهما كانت استعداداته - الفرصة

لممارسة نشاط ما يتناسب مع هذه الاستعدادات ، ويشعر من خلاله بالنجاح والإشباع .

ب - عدم مقارنة الطفل المتخلف عقليا بغيره من أعمال زملائه أو بمستوى محدد مسبقا من الكفاءة ، لاسيما وأن معظم خبراته السابقة مقرونة بالفشل . كما أنه يفتقر إلى المقدرة على الإنجاز في المجالات الأكاديمية الأخرى .

٢ - النشاطات الفنية تيسر للمتخلفين عقليا منافذ للتعبير والاتصال تساعدهم على ترجمة أفكارهم ومشاعرهم ومخاوفهم دون الحاجة إلى الإفصاح عنها بالكلمات ، مما يسهم في التنفيس عما يعانونه من ضغوط وتوترات ، ومن ثم تحقيق الاتزان الانفعالي من جانب ، وفي الوقت ذاته فإن ما ينتجونه من أعمال كالرسومات يعد مفاتيح تشخيصية للصعوبات الانفعالية والمشكلات التي ربما تصاحب التخلف العقلي من جانب آخر .

٣ - تسهم النشاطات الفنية في تنمية الاستعدادات والمهارات الجسمية اليدوية والوظائف الحركية ، وتطوير قوى التوافق والتحكم والتآزر الحاسي الحركي . كما تسهم في تنمية مقدرة الطفل على الانتباه والملاحظة والتمييز بين المثيرات الحاسية اللمسية والبصرية من حيث الشكل والتركيب والحجم واللون وقسم السطوح وغيرها ، مما يؤدي إلى التأثير الإيجابي في بقية جوانب شخصية المتخلف عقليا .

٤ - تمنح الطبيعة المتنوعة للمواد والخامات المستخدمة في الفن للطفل المتخلف عقليا إمكانيات التعبير عن ذاته من خلال إنتاج استجابات (أعمال) من النوع المجرد الخالص ، مما يزيد من شعوره بالنجاح وإحساسه بالمقدرة على الإنجاز ، لاسيما وأنه غالبا ما يخفق في إنتاج مشابهاة ثقيلية لما هو موجود في الطبيعة من خلال أعماله الفنية .

٥ - تكفل الأنشطة الفنية للمتخلفين عقليا فرصا كثيرة لتدريب الاستعدادات ، والوظائف العقلية كالإدراك والحفظ والتذكر والاستدعاء والإبداع ، كما تتطلب اتخاذ قرارات وحلول للعديد من المشكلات وهو ما يسهم في صيانة هذه الاستعدادات من التدهور ويساعد على تنميتها . (عبد المطلب أمين القرطبي ، ١٩٩٣) .

ومن أهم الأنشطة الفنية الملائمة للمتخلفين عقليا مايلس :

١ - التصوير أو الرسم الإصبعي : Finger Painting

وهو من النشاطات التي تعتمد على الصدفة أو التلقائية ، والاستمتاع بالحركة واكتشاف التداخلات والتأثيرات اللونية . كما أنه من أكثر النشاطات الفنية ملائمة للمتخلفين عقليا نظر آ كما يكفله لهم من جو حر ومرن ، وهو أقرب إلى جو اللعب منه إلى جو الضبط والتقييد ، إضافة إلى ما يتيح لهم من إشباع حاسى لمسى وبصرى ، ومعايشة للتجربة المباشرة ، وشعور بالنجاح والثقة .

ومن أمثلة النشاطات الفنية الأخرى ذات الطبيعة الحرة المشابهة للرسم الإصبعي التي تتيح للمتخلف عقليا إنتاج أعمال يمكن أن تحظى بالقبول والتقدير بقليل من المهارات ، وضع بعض الأصباغ على قطعة مبللة من الورق وترك الطفل ينفخها مباشرة أو عن طريق ماصة بلاستيكية لنشرها على سطح الورقة مع تشجيعه على متابعة التأثيرات اللونية الناتجة ، ويذكر " جيتسكل وهورتيز " (Haitskel & Hurtiz, 1970) أن الطفل الموعوق عقليا لا يمكنه الاستفادة من بعض النشاطات الفنية التي تتسم بالصعوبة والتعقيد ، ومع أن النشاطات التي تعتمد على الصدفة ليست فناً أصيلاً، إلا أنها قد تؤدي إلى عمل فنى إذا ما ساعدنا الطفل تدريجياً على التحكم فيها والسيطرة عليها من خلال التجريب وإعمال الوعي والتفكير .

٢ - التشكيل المجسم : Modeling

من المجالات الفنية الأساسية التي تستثير مقدرته المتخلف عقليا على التعبير ، وتكفل له فرص إلتعلم عن مفاهيم الشكل والحجم والعمق والفراغ ، وتنمية مقدرته على التوافق الحركي - اليدوى خاصة - إستخدام مواد وخامات مختلفة كالصلصال وعجينة الورق لتشكيل بعض الهيئات المجسمة عضوية أو هندسية أو حرة ، وذلك بحسب مستوى ذكاء الطفل وحاجاته واهتماماته وخبراته السابقة ، ويمكن تشجيع الطفل خلال عملية التشكيل ذاتها على التعبير اللفظى عما يقوم بعمله .

كما أن تشكيل الصلصال وما يتضمنه من عمليات دمج وطي وتكوير وتقطيع له قيمة كبيرة فى تنمية المهارات الحركية ، ويعد متنفساً عن الضغوط الانفعالية والمشاعر العدوانية التي ربما يعانى منها المتخلف عقليا ، من زاوية ثالثة يمكن للمتخلف عقليا

تعلم المفاهيم والعمليات الحسابية الأساسية كالجمع والطرح والضرب عن طريق استخدام كرات الصلصال من خلال عدّها وتقطيعها إلى أكثر من جزء .

٣ - نشاطات النسخ والشق والتلوين : Coping , Tracing and colouring

وهي من النشاطات المفيدة لبعض المتخلفين عقليا حيث يتم تدريبهم على نسخ بعض الأشكال ، أو شق بعض الأعمال وتلوينها متتبعين خطوطها وتفصيلاتها وألوانها . ومع أن مثل هذه الأعمال التي يغلب عليها الطابع الآلي يكون مشكوكاً فيها من حيث القيمة الفنية ، إلا أنها تكون ملائمة ومناسبة مع احتياجات ذوي المستوى المتوسط من التخلف العقلي على نحو خاص ، حيث تشعرهم بالأمن والطمأنينة ، والإنجاز والتقدم .

٤ - التدريبات العملية :

من النشاطات التي تساعد على تنمية مقدرة الطفل المتخلف عقليا على الترتيب والتنظيم والتوافق الحاسي الحركي ، والإدراك والتمييز البصري ، تلك التدريبات العملية على إنتاج الخطوط مختلفة السمك والطول والاتجاه والتمييز بينها ، والأشكال المختلفة كالدوائر والمربعات والمستطيلات ، ومزج الألوان ، وتلوين بعض التصميمات والأشكال المعدة مسبقاً أو الحروف الهجائية بالألوان الشمعية أو المائية . كما يمكن للطفل تشكيل بعض الأشكال الهندسية أو الحروف والأرقام بعجينة الورق ثم تلوينها ، مما ينمي إحساس الطفل ومعرفته بها ويساعده على التمييز البصري واللمسي بينها .

٥ - نشاطات فنية أخرى :

هناك نشاطات فنية علاجية يمكن توجيهها بحسب حالة الطفل واحتياجاته الخاصة ، فمن النشاطات التي من شأنها تنمية مفهوم الطفل عن ذاته Self Concept أو صورته عن جسمه Body Image - على سبيل المثال - أن يستلقي الطفل على قطعة ورق كبيرة ، ويقوم زميله أو المدرس برسم خط محيطي حول جسمه ، ثم يطلب اليه قص الشكل المرسوم متتبعاً الخطوط الخارجية ، وإضافة التفاصيل الأخرى كالعينين والشم والأنف والأذنين والشعر والملابس وتلوينها . ويمكن تكييف هذا النشاط لتطوير فكرة الطفل عن جسمه في الأوضاع والحركات المختلفة .

ومن بين النشاطات الأخرى المفيدة في تنمية التوافق الحاسي الحركي جعل الطفل يقوم

بملء تصميمات معينة بقطع من الورق المقوى الملون مربعة أو دائرية أو مستطيلة الشكل .
ونظم حبات أوكرات من الفلين أو عجينة الورق بعد تلوينها على هيئة عقد أو قلادة مثلاً
(عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٣)

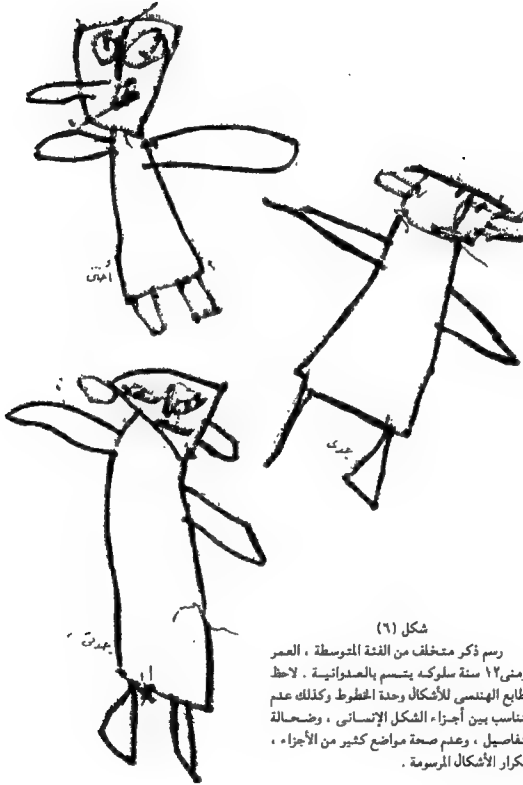
ومن أهم الخصائص الأدائية للمتخلفين عقلياً فى الرسم ما يلى :

- ١ - عدم إحكام العلاقات بين الأشكال المرسومة ، أو أجزاء الشكل الواحد ، وعدم ربط الأشياء ببيئاتها .
- ٢ - افتقار الأشكال المرسومة إلى التناسب بين أجزائها .
- ٣ - التكرير الآلى المستمر لبعض الخطوط والأشكال المحفوظة دون تكييف لطبيعة الموضوع .
- ٤ - ضحالة تفاصيل الأشكال المرسومة ، والتأكيد أحياناً على تفصيلات غير مهمة .
- ٥ - رسوم مشوشة ، وقد يتناول الطفل فى الرسم الواحد موضوعات متباينة وأفكاراً غير مترابطة مما يستدل معه على تشتت الأفكار وعدم التركيز .
- ٦ - جمود الأشكال المرسومة وثباتها وانفصالها عن بعضها البعض .
- ٧ - افتقار خطوط الرسم إلى الضبط مما يجعلها أقرب إلى رسوم الكارتون .
- ٨ - قد يلجأ الطفل إلى تشويه الرسم بعد الانتهاء منه بتسويده والشخبطة عليه .
- ٩ - التحريف الملحوظ فى الأشكال المرسومة ، والتركيز على بعض أجزائها دون بقية الأجزاء ربما بإعادة التأكيد على خطوطها مرات ومرات ، أو بإضافة تفضيلات دقيقة جداً رغم عدم أهميتها . (أنظر الأشكال ٧:٥) (عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٥ : ٢٢٤ - ٢٢٥) .



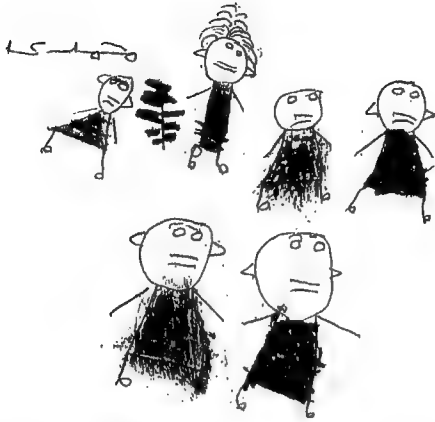
شكل (٥) أمي وأختي

رسم لطفلة متخلفة عقلياً ، عمرها الزمني ١٢ عاماً ، من فئة التخلف البسيط تعاني من إعاقة سمعية بسيطة ، واضطرابات وعيوب كلامية ، كما يلاحظ على تكوينها الجسماني تضخم الكتفين والأذنين ، حالتها النفسية مستقرة إلى حد ما ، مع ميل إلى الانطواء ، لاحظ شكل اليدين والقدمين ، وقلة التفاصيل ، وتكرار الهيئة الشكلية للأم والأخت ، وكبر حجم الأم والعم المغلق في كلا الشكلين . استخدمت الطفلة اللون الأسود في منطقة الشعر ، واللون الأصفر في كل من الذراعين واليدين والساقين والقدمين بالشكلين ، بينما استخدمت اللون الأحمر والأزرق في تلوين ملابس الأم ، واللون البنفسجي والأزرق والأحمر في ملابس الأخت (الشكل الأصفر) وذلك بعد تخطيط الشكلين بالقلم الرصاص .



شكل (٦)

رسم ذكر متخلف من الفئة المتوسطة ، العمر
الزمني ١٢ سنة سلوكه يتسم بالصدوانية . لاحظ
الطابع الهنسي للأشكال وحدة الخطوط وكذلك عدم
التناسب بين أجزاء الشكل الإنساني ، وضحالة
التفاصيل ، وعدم صحة مواضع كثير من الأجزاء ،
وتكرار الأشكال المرسومة .



شكل (٧) عروسة وشجرة وأولاد

رسم لذكر متخلف عقلياً بدرجة شديدة ١٤ سنة ، يتسم تكوينه الجسماني بـ كبر حجم الرأس نسبياً ، كما تتميز شخصيته بالهدوء والليل إلى الإنزعال . لاحظ ثبوت الموجزات الشكلية الأدمية ، وبساطتها ، وتكرارها ، وعدم التناسب بين أجزاء الشكل المرسوم وكذلك عدم صحة مواضع بعض هذه الأجزاء .

خاتمة : الرعاية الاجتماعية للمختلفين عقلياً :

تستمد الحاجة إلى الرعاية الاجتماعية في مجال التخلف العقلي أهميتها من عدة اعتبارات لعل من أهمها :

١- أن المختلفين عقلياً يعانون من محدودية مقدراتهم على تشرب القيم والاتجاهات والمعايير الاجتماعية ، واكتساب العادات والمهارات الاجتماعية ، إضافة إلى سهولة الانقياد والاستهواء والغواية ، وعدم تحمل المسؤولية ، والانفعالية والتهور ، ومن ثم يواجهون صعوبات في تكيفهم الاجتماعي ويتسمون بعدم النضج الاجتماعي .

٢ - أن التخلف العقلي لاسيما ما ليس له أصل عضوي يشيع أكثر في الطبقات الاقتصادية الاجتماعية المنخفضة والمتخلفة ، التي غالباً ما تفرز كثيراً من الظروف

والعوامل المسهمة فى حدوث التخلف العقلى كالجهد وسوء التغذية والمرض ، والتسرب من التعليم ، ونقصان الرعى الصحى ، والإنجاب المتكرر والمتأخر ، والحرمان من - أو عدم كفاية - الخبرات الاجتماعية والثقافية اللازمة لنمو الطفل وتكوينه العقلى وذلك على العكس من الأطفال الأذكاء والمتفوقين والموهوبين الذين ينحدرون غالبا من أسر تتميز بالتحضر ورقى المستوى الاقتصادى الاجتماعى والثقافى ، وببشائرت تتسم بشراء المنبهات والمؤثرات الثقافية التى تساعد على نمو الاستعدادات والمدارك العقلية بكامل طاقتها أو وسعها .

٣ - أن إبداع المتخلفين عقليا فى مؤسسات خاصة وإن كان يمثل أحد البرامج الهامة فى مواجهة مشكلة التخلف العقلى لاسيما بالنسبة للحالات الشديدة ، إلا أن الحياة المؤسسية ليست بديلا أمثل عن البرامج الأخرى التى تضمن للطفل التعليم والرعاية ، إضافة إلى الحياة فى كنف أسرته ، حيث يشير الباحثين إلى انتشار بعض العيوب لدى أطفال المؤسسات علاوة على التخلف العقلى ، وأهمها التأخر اللغوى والكلامى ، وعيوب النطق والكلام ، وقصور الخبرات الاجتماعية والإدراكية التى تدعم التفاعل الاجتماعى (فاروق صادق ، ١٩٨٢ : ١٣٠ ، ١٤١) وإلى فشل المؤسسات فى القيام بوظيفة الأسرة لأسباب مختلفة من بينها : ازدحامها بالنزلاء ، وعدم توافر الإمكانيات المادية والفنية ، وضعف العلاقة بين المؤسسات والمجتمع ، وعدم فهم الناس لوظيفتها وأهدافها ، وعدم ملائمة البرامج المستخدمة لأهداف الرعاية ، وعدم كفاية التأهيل والتدريب للعاملين بالمؤسسة (كمال مرسى ، ١٩٧٠ : ١٦٧) .

٤ - تدنى الاتجاهات الاجتماعية وسليبتها نحو المعوقين عامة والمتخلفين عقليا خاصة وهو ما يؤثر سلبيا على توافقهم الانفعالى والاجتماعى ، ويؤدى إلى تضال شعورهم بقيمتهم وكفايتهم الاجتماعية ، وإلى اختلال مفهومهم عن ذواتهم ، فضلا عن أن هذه الاتجاهات السلبية هى مما يُملى الطرق والأساليب التى يتبعها الناس فى معاملته المتخلفين عقليا ، كما تؤثر من زاوية أخرى فى تخطيط البرامج الخدمية العلاجية والارشادية والاجتماعية والتربوية والتأهيلية اللازمة لهم وقد تؤدى إلى عرقلتها ، أو إلى طمس ما يفترض أن تتركه تلك البرامج من آثار إيجابية على المعوق فى حالة وجودها (عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٢ ، ١٩٩٣ "ب") .

وتستلزم هذه الأمور جميعا قسطا وفيرا من الخدمات والرعاية الاجتماعية ، ودورا

فاعلاً ونشطاً للإخصائى الاجتماعى المسلح بالخبرات الأكاديمية والمهنية التى تمكنه من ممارسة هذا الدور على مستوى كل من الفرد المتخلف عقلياً ذاته ، والأسرة ، والمدرسة أو المؤسسة والمجتمع ، وذلك بهدف مساعدة الطفل المتخلف عقلياً على تحقيق التكيف الشخصى والاجتماعى ، وتأهيله للحياة الاجتماعية ودمجه فى البناء الاجتماعى ، وتمكينه من الاعتماد على نفسه والإكتفاء الذاتى والشعور بالقيمة الذاتية والاستقلال الاقتصادى . ومعاونته أسرته على تفهم مشكلاته واحتياجاته الخاصة وتقبله ، ومعاملته بأساليب سوية ملائمة . والعمل على نشر الوعى على المستوى المجتمعى بطبيعة مشكلة التخلف العقلى وأسبابها ومترباتها ، والمساهمة فى تكريس الجهود وتعبئتها للوقاية منه وعلاجه وتهيئة كافة الخدمات اللازمة لذلك .

مستويات الرعاية الاجتماعية :

تنصب الخدمات الاجتماعية على كل من الطفل المتخلف ذاته ، وأسرته ، وعلى مستوى المجتمع . ومن أمثلة هذه الخدمات مايلى :

١- على مستوى الطفل المتخلف عقلياً :

١ - التشخيص الاجتماعى لحالة الطفل من خلال دراسة العوامل والظروف الأسرية والاجتماعية والتاريخ التطورى للحالة والتاريخ الاجتماعى للأسرة .

٢ - مساعدة الطفل على اكتساب المهارات الاجتماعية ومهارات النمو الشخصى .

٣ - المساهمة فى التوجيه المهنى للطفل بما يتفق مع استعداداته وميوله بالتعاون مع أعضاء الفريق متعدد التخصصات .

٤ - اكتشاف الأنماط السلوكية المستهجنة لدى الطفل ومساعدته على اكتساب السلوكيات المقبولة .

٥ - متابعة النمو الاجتماعى والمهنى للحالة واقتراح الحلول اللازمة لمواجهة الصعوبات التى تعترضها .

٦ - المساهمة فى التخطيط للبرنامج العلاجى المقترح للحالة ، وتنفيذ المهام ذات الصبغة الاجتماعية فيه .

٧ - تهيئة الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والثقافية التى تسهم فى خلق جو اجتماعى وروابط اجتماعية ، وتساعد على اكتشاف استعدادات الطفل وشغل وقت فراغه ،

وتمكنه من التفاعل الاجتماعى والشعور بالسعادة .

ب - على مستوى الأسرة :

١ - مساعدة الوالدين على تفهم حالة الطفل وتقبلها ، وعلى التخلص من اتجاهاتهما السلبية إزاءها ، وعلى إشباع الاحتياجات الخاصة للطفل .

٢ - بذل الجهود المهنية اللازمة للعمل على إصلاح وتحسين الأوضاع البيئية الأسرية التى يعيش فيها الطفل .

٣ - تقوية الروابط بين الأسرة والمدرسة بما يحقق التنسيق والتكامل بينهما فى عملية الرعاية وأساليبها .

٤ - تشجيع أعضاء الأسرة بالمهارات اللازمة للمشاركة فى علاج الطفل المتخلف عقليا وتدريبه ومتابعة حالته ما أمكن ذلك .

٥ - تبصير الأسرة بالخدمات المتاحة للطفل فى المدارس والمؤسسات وبفرص العمل والتشغيل ، وطرق الحصول عليها .

ج- على مستوى المجتمع :

١ - المشاركة فى الحملات الإعلامية التى من شأنها استشارة الاهتمام والرأى العام بأبعاد مشكلة التخلف العقلى .

٢ - المشاركة فى الدفاع الاجتماعى عن المتخلفين عقليا وحقوقهم فى الرعاية والتأهيل والتشغيل .

الفصل الرابع الإعاقة السمعية

تعريف الإعاقة السمعية وتصنيفاتها .

تعريف الإعاقة السمعية .

تصنيفات الإعاقة السمعية .

- التصنيف الطبي .

- التصنيف الفسيولوجي .

- التصنيف التربوي .

التعرف على الإعاقة السمعية وتباينها .

أسباب الإعاقة السمعية .

كجهاز سمعي .

الشخصية والنصح والتكيف الاجتماعي لدى المعوقين سمعياً .

أولويات من الإعاقة السمعية ورعاية المعوقين سمعياً .

الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة .

الرعاية التربوية والتعليمية للمعوقين سمعياً

- أهداف . - المراحل الدراسية .

- المناهج الدراسية - إعداد الفصول الدراسية .

- طرق التواصل لدى الصم ومصابي السمع .

الإعاقات السمعية

مدخل :

أنعم الله سبحانه وتعالى على الفرد الإنسانى بمجموعة من الأنظمة والأجهزة الحاسوبية لمساعدته على الإحساس بالمشيرات من حوله ، وإدراك وفهم ما يحيط به ، ويدور من حوله ، والتكيف مع البيئة التى يعيش فيها بما تتضمنه من مكونات مادية ، ووقائع وأحداث اجتماعية ، ولتمكينه من التفاعل واكتساب الخبرات وتبادلها مع الآخرين . ويعد فقدان والقصور السمعى والبصرى من أفدح أنواع فقدان الحاسى الذى يمكن أن يتعرض له الفرد ، وذلك لما للسمع والبصر من أهمية فى تشكيل مفاهيمنا وعالمنا الإدراكى ، ولما لهما من تأثير بالغ على نمونا الشخصى والاجتماعى .

فالسمع والبصر هما نافذة الإنسان على العالم الخارجى ، ولولاهما لعاش الإنسان فى ظلمة مطبقة وصمت رهيب ، ولكان معزولاً عن الحياة ، ونظراً لمكانة هاتين الحاستين ودورهما فى الإدراك ، فقد ذكر ذكرهما فى القرآن الكريم مفردتين أو مقترنتين ، كما وصف الله سبحانه وتعالى بهما نفسه ، فهو السميع البصير . (يحى عبد الرؤف جبر ، ١٩٨٨) .

ويستجيب الطفل منذ أسابيعه الأولى للمثيرات السمعية من حوله استجابات بدائية ربما تمثلت فى فتح عينيه وإغماضهما ، ثم يأخذ شيئاً فشيئاً فى الانتباه للأصوات التى يسمعها من حوله - خصوصاً صوت أمه الذى يرتبط بإشباع حاجاته الفسيولوجية - وفى التمييز بين الأصوات ، وما إذا كانت هامسة حانية أم شديدة مفزعة ، وبلغت إلى مواطن صدورهما ، ويشعر بشكل آلى لا إرادى فى إصدار أصوات داخلية تنتج عن حركات جهازه الكلامى يكررها تلقائياً ، ومع تزايد نمو الطفل فإنه يبدأ فى بناء لغته وتطوير كلامه أختلاً فى تقليد ما يسمعه من كلمات يستخدمها المحيطون به فيصيب مرة ويتعثر أخرى ، وتزداد محاولات الطفل فى تنمية كلامه تدعيماً بالتدريج من خلال تحسن قدرته على الاستماع وفهم ما يتم سماعه وتكريره ، ومع ما يلقاه من تشجيع والديه وأفراد أسرته وأقاربه ، حتى تصبح الطريقة التى ينطق ويتحدث بها مشابهة لما ينطقون ويتحدثون به . وخلال هذه الأثناء يربط الطفل بين الأصوات التى يستمع إليها ويكررها ، والمعانى الدالة عليها ، أو بين الأشياء والألفاظ الراضمة لها ، ويدرك العلاقة بين ما يسمعه ، وما يجرى حوله من أحداث .

إن عملية الكلام عند الطفل - كما يذكر مصطفى فهمي (١٩٨٥) عملية مكتسبة تعتمد اعتماداً كبيراً على التقليد والمحاكاة الصوتية ، وهى ذات أساس حركى وآخر حاسى ، حيث تبدأ بإصدار أصوات لا إرادية - وهذا مظهر حركى صرف - سرعان ما تكتسب دلالات معينة نتيجة غو المبركات الحاسية السمعية والبصرية واللمسية - وهذا مظهر حاسى - ولا يمكن للكلام الطفل أن يستقيم ما لم يكن هناك توافقاً بين هذين المظهرين الحركى والحاسى .

ويتعلم الطفل رويداً رويداً أن الكلام واللغة اللفظية وسيلة للتفاهم وتداول المعلومات والتعبير عن الأفكار ، وبث المشاعر والأحاسيس بين الناس من خلال عمليات التحدث والاستماع والمناقشة ، كما يتشكل إدراكه ووعيه بالعالم من حوله من خلال غوه اللفوى ، وهكذا فإن اللغة اللفظية ترتبط من حيث منشئها وتطورها وارتقائها بحاسة السمع ، فبدون هذه الحاسة لا يشعر الطفل بالأصوات والألفاظ ، ويتعذر تفهمه لها وتمييزه بينها ، ومن ثم لا يمكنه تقليدها وتكريرها ، وبناء الأساس اللازم لتنمية لغته ، وتطوير إدراكه ووعيه بالعالم الخارجى المحيط به .

ويبدو أن أخطر ما يترتب على الإعاقة السمعية هو عدم استطاعة الطفل المشاركة الإيجابية فى عملية اكتساب اللغة اللفظية التى تعد أكثر أشكال الاتصال والتفاهم سهولة وشيوعاً وسيادة بين الناس ، مما يؤثر على غوه العلقى والمعرفى ، ويعوق عملية تعليمه ، واكتساب الخبرات والمهارات اللازمة لاستثمار ما قد يتمتع به من استعدادات ومقدرات عقلية ربما لا يختلف فيها عن الأفراد العاديين بل وقد يتفوق فيها عليهم . وعلى الرغم مما يجب اتخاذه من ترتيبات وإجراءات خاصة لتعليم الطفل الأصم كيفية التواصل مع الآخرين بطرق أخرى بديلة عن الطريقة اللفظية - كقراءة الشفافة أو الرموز اليدوية والإشارات - فإنه يستحيل علينا تعويضه فقدان سمعه ، ذلك أن المعرفة والفهم اللذان يتحصل عليهما الطفل عن طريق حاسة السمع يفوقان بكثير ما يمكن أن يتحصل عليه عن طريق أية وسيلة أو طريقة أخرى .

كما تؤدي الإعاقة السمعية بنورها إلى إعاقة النمو الاجتماعى للطفل حيث تحد من مشاركاته وتفاعلاته مع الآخرين واندماجه فى المجتمع ، مما يؤثر سلباً على توافقه الاجتماعى ، وعلى مدى اكتسابه المهارات الاجتماعية الضرورية واللازمة لحياته فى

المجتمع . كما تعوق عدم المقدرة على السمع النمو الانفعالي والعاطفي للطفل ، إذ يشير مختار حمزة (١٩٧٩) إلى أن عالم الطفل الأصم سيكون خلواً من صوت أمه الدافئ ، ومن أصداء الضحك وضجيج اللعب ، وعواء القطط وتغريد الطيور ، وتصفيق الأيدي ووقع الأقدام ... كما سيكون هذا العالم غريباً بارداً قاحلاً من أى معنى لأى صوت يدفعه للشعور ، أو لتفهم وتذوق مضمون ومغزى الظواهر الطبيعية والحوادث اليومية ، والقيم والعلاقات والعادات الاجتماعية ، وعندما يكبر سبظل يحملق فيما حوله من مناظر تبدو له ساكنة غامضة محروما من المقدرة على السؤال .. وأحيانا يعتريه شعور طاغ من الخوف والتذمر دون جدوى نظرا لعالم السكون المطبق من حوله .

تعريف الإعاقة السمعية وتصنيفاتها

تعريف الإعاقة السمعية :

الإعاقة السمعية أو القصور السمعي Hearing Impairment مصطلح عام يغطي مدى واسع من درجات فقدان السمع Hearing Loss يتراوح بين الصمم أو الفقدان الشديد Profound الذى يعوق عملية تعلم الكلام واللغة ، والفقدان الخفيف Mild الذى لا يعوق استخدام الأذن فى فهم الحديث وتعلم الكلام واللغة . وهكذا يمكن التمييز بين طائفتين من المعوقين سمعياً ، هما :

١ - الأطفال الصم Deaf

وهم أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع فى أغراض الحياة العادية سواء من ولدوا منهم فاقدين السمع تماما ، أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم فى فهم الكلام وتعلم اللغة ، أم من أصيبوا بالصمم فى طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة ، أم من أصيبوا بفقدان السمع بعد تعلمهم الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم قد تلاشت تماما ، بما يترتب عليه فى جميع الأحوال إفتقاد المقدرة على الكلام وتعلم اللغة .

وهكذا قد يكون الصمم سابقاً على اكتساب الكلام واللغة Prelanguage أو بعد تعلم اللغة والكلام Postlanguage ، ويذكر مختار حمزة (١٩٧٩ : ٧٠ - ٧١) أن أخطر عائق فى تقدم الطفل النفسى التعليمى ، يحدث عند وقوع فقدان كبير فى السمع

قبل سن الخامسة ، إذ تتلاشى عندئذ من مخيلة الطفل الذكريات المتعلقة باللغة والكلام تدريجياً فيتساوى مع الطفل الذى ولد أصماً .

كما يصنف الصمم إيتولوجياً Etiological إلى نوعين وفقاً لوقت حدوث الإعاقة السمعية وهما :

- أ - صمم فطرى خلقي Congenitale ويوصف به أولئك الأطفال الذين ولدوا صماً .
ب - صمم عارض أو مكتسب Adventitious ويوصف به أولئك الذين ولدوا بحاسة سمع عادية ثم أصيبوا بالصمم لحظة الولادة أو بعدها مباشرة قبل اكتسابهم الكلام واللغة ، أو فى سن الخامسة بعد اكتسابهم الكلام واللغة مما ترتب عليه فقدانهم المهارات اللغوية بصورة تدريجية ، وذلك نتيجة الإصابة بمرض ما أو التعرض إلى حادثة أدت إلى فقدان السمعى .

٣ - ثقيلو (ضعاف) السمع : Hard of Hearing

هم أولئك الذين يكون لديهم قصور سمعى أو بقايا سمع ، ومع ذلك فإن حاسة السمع لديهم تؤدي وظائفها بدرجة ما ، ويكتفون بتعلم الكلام واللغة سواء باستخدام المعينات السمعية أم بدونها .

وعنى ذلك أن الأسم يعانى عجزاً أو اختلالاً يحول دون استفادته من حاسة السمع لأنها معطلة لديه ، ويتعذر عليه أن يستجيب إستجابة تدل على فهمه الكلام المسموع ، ومن ثم فهو يعجز عن اكتساب اللغة بالطريقة العادية ، أما ضعف السمع فبإمكانه أن يستجيب للكلام المسموع إستجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله شريطة أن يقع مصدر الصوت فى حدود مقدرة السمعية . (مصطفى فهمى ، ١٩٨٥) .

تصنيفات الإعاقة السمعية :

تم تصنيف الإعاقة السمعية من وجهات نظر متعددة لعل من أهمها وجهتى النظر الفسيولوجية والتربوية ، وهما وجهتان مكملتان لبعضهما البعض . فوجهة النظر الفسيولوجية تقوم على أساس كمى quantitative تتحدد فيه درجة فقدان السمعى بوحدات صوتية معينة تسمى الديسبل Decibel ، أما التصنيف التربوى فيقوم على أساسى وظيفى يعنى بالنظر إلى درجات فقدان السمع من حيث مدى تأثيرها على فهم

الكلام ، واستعدادات الطفل لتعلم اللغة والكلام ، ومدى ما يترتب على ذلك من احتياجات تربية خاصة .

١ - التصنيف الطبى :

تصنف أنواع الصمم على أساس التشخيص الطبى ، وتبعاً لطبيعة الخلل الذى قد يصيب الجهاز السمعى فى الفئات التالية :

١ - صمم توصيلى Conductive

يحدث هذا النوع عندما تعوق اضطرابات قناة أو طبلة الأذن الخارجية ، أو إصابة الأجزاء الموصلة للسمع بالأذن الوسطى - كالمطرقة أو السندان أو الركاب - عملية نقل الموجات أو الذبذبات الصوتية التى يحملها الهواء إلى الأذن الداخلية ، ومن ثم عدم وصولها إلى المخ ، ومن أمثلة هذه الاضطرابات والإصابات حدوث ثقب فى طبلة الأذن ، ووجود التهابات صديدية أو غير صديدية وأورام فى الأذن الوسطى أو تيبس عظيماتها ، وتكدس المادة الشمعية الدهنية (الصمّاخ) بكثافة فى قناة الأذن الخارجية . وعادة ما يكون القصور السمعى الناتج عن الصمم التوصيلى بسيطاً أو متوسطاً ، حيث لا يفقد المريض فى الغالب أكثر من ٤٠ وحدة صوتية إلا فى حالات نادرة . ويمكن علاج هذا النوع من الصمم عن طريق بعض الإجراءات الجراحية اللازمة لإزالة الرشح خلف طبلة الأذن ، أو لثقب هذه الطبلة ، أو استبدال عظمة الركاب ، وعن طريق علاج التهابات الأذن باستخدام بعض المضادات الحيوية المناسبة تحت إشراف طبيب متخصص . كما تغيد المعينات السمعية - كالمسمّعات المكبرة - فى علاج هذا النوع من الصمم .

٢ - صمم حسى - عصبى Sensorineural

ينتج هذا النوع عن الإصابة فى الأذن الداخلية أو حدوث تلف فى العصب السمعى الموصل إلى المخ مما يستحيل معه وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مهما بلغت شدتها ، أو وصولها محرّكاً ، وبالتالي عدم إمكانية قيام مراكز الترجمة فى المخ بتحويلها إلى نبضات عصبية سمعية ، وعدم تفسيرها عن طريق المركز العصبى السمعى . ومن بين أهم أسباب هذا النوع من الصمم الحميات الفيروسية والميكروبية التى تصيب الطفل قبل أو بعد الولادة ، واستخدام بعض العقاقير الضارة بالسمع .

وهذا النوع قد يكون وراثياً عن الوالدين ، أو خلقياً نتيجة إصابة الأم بالحصبة

الالمانية أو الالتهاب الحمى أثناء الحمل ، وقد ينتج عن ملاسبات عملية الولادة ذاتها كنقص الأكسجين أو الإصابة ، كما قد ينتج عن إصابة الطفل في طفولته المبكرة بالحمى ، أو تعرض الأذن الداخلية لبعض الأمراض ، أو تعرض قوقعة الأذن للكسر أو التشقق ، أو تعرض الفرد فترة طويلة لأصوات مرتفعة . ومن الصعب علاج هذا النوع نظراً للتلف المباشر في الألياف الحسية والعصبية .

٣ - صمم مركزي Central

يرجع إلى إصابة المركز السمعي في المخ بخلل ما لا يتمكن معه من تمييز المؤثرات السمعية أو تفسيرها . وهو من الأنواع التي يصعب علاجها .

٤ - صمم مختلط أو مركب Mixed

وهو عبارة عن خليط من أعراض كل من الصمم التوصيلي والصمم الحسى - العصبى . ويصعب علاج هذا النوع نظراً لتداخل أسبابه وأعراضه ، حيث إذا ما أمكن علاج ما يرجع منها إلى الصمم التوصيلي فقد يبقى الإضطراب السمعي على ما هو عليه نظراً لصعوبة علاج النوع الحسى - العصبى .

٥ - صمم هستيرى Hysterical

يرجع هذا النوع إلى التعرض لخبرات وضغوط انفعالية شديدة صادمة وغير طبيعية ، (Hillahan & Kauffman, 1980 , Garrison & Force , 1965 ، الموسوعة العالمية ، ١٩٧٠) .

ب - التصنيف الفسيولوجى :

يركز الفسيولوجيون فى تصنيفهم للإعاقة السمعية على درجة فقدان السمعي لدى الفرد والتي يمكن قياسها بالأساليب الموضوعية ، أو المقاييس السمعية لتحديد عتبة السمع التي يستقبل المفحوص عندها الصوت . وعلى ضوء ذلك يمكن تحديد نوعية ودرجة الإعاقة السمعية ، ويستخدمون ما يسمى بالوحدات الصوتية Decibels والهيرتز Hertz أو ترددات الصوت لقياس مدى حساسية الأذن للصوت . ويستدل من عدد الوحدات الصوتية على مدى ارتفاع الصوت أو انخفاضه ، فكلما زاد عدد هذه الوحدات كان الصوت عاليا وقويا والعكس صحيح ، ومن أمثلة هذه التصنيفات ما أورده كلاً من

تيلفورد وساوري (Telford & Sawrey , 1981) كمايلي :

١ - فقدان سمعي خفيف Mild تتراوح درجته بين ٢٠ و ٣٠ ديسبل ، ويعد من يعانون من هذه الدرجة من القصور السمعي فئة بينية أو فاصلة بين عاديو السمع وثقيلو السمع ، ويمكنهم تعلم اللغة والكلام عن طريق الأذن بالطريقة الاعتيادية .

٢ - فقدان سمعي هامشي Marginal تتراوح درجته بين ٣٠ و ٤٠ ديسبل ، ومع أن أفراد هذه الفئة يعانون بعض الصعوبات في سماع الكلام ومتابعة ما يدور حولهم من أحداث عادية ، إلا أنه يمكنهم الاعتماد على أذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة .

٣ - فقدان سمعي متوسط Moderate تتراوح درجته ٤٠ و ٦٠ ديسبل ، ويعاني أصحاب هذه الدرجات من الفقدان السمعي من صعوبات أكبر في الاعتماد على أذانهم في تعلم اللغة مالم يعتمدوا على بصرهم كحاسة مساعدة ، وما لم يستخدموا بعض المعينات السمعية Hearing Aids المكبرة للصوت كالسماعات ، ويحصلوا على التدريب السمعي اللازم .

٤ - فقدان سمعي شديد Severe تتراوح درجته بين ٦٠ و ٧٥ ديسبل ، ويحتاج أفراد هذه الفئة إلى خدمات خاصة لتدريبهم على الكلام وتعلم اللغة حيث يعانون من صعوبات كبيرة في سماع الأصوات وتمييزها ولو من مسافة قريبة ، إضافة إلى عيوب النطق ، ويعدون صُمًا من وجهة النظر التعليمية .

٥ - فقدان سمعي عميق Profound تبلغ درجته ٧٥ ديسبل فأكثر ، وأفراد هذه الفئة لا يمكنهم في أغلب الأحوال فهم الكلام وتعلم اللغة سواء بالاعتماد على أذانهم أو حتى مع استخدام المعينات السمعية .

جـ - التصنيف التربوي :

يعنى أصحاب هذا التصنيف بالربط بين درجة الإصابة بفقدان السمع وأثرها على فهم وتفسير الكلام وتمييزه في الظروف العادية ، وعلى غو المقدرة الكلامية واللغوية لدى الطفل ، وما يترتب على ذلك من احتياجات تربوية وتعليمية خاصة ، وبرامج تعليمية لإشباع هذه الاحتياجات . فهناك مثلاً من يعانون من درجة قصور بسيطة قد لا تعوق إمكانية استخدام حاسة السمع والإفادة بها في الأغراض التعليمية ، سواء بحالتها الراهنة أم مع تقويتها بأجهزة مساعدة ومعينات سمعية ، وهناك من يعانون من قصور حاد أو

عميق بحيث لا يمكنهم استخدام حاسة السمع أو الاعتماد عليها من الناحية الوظيفية فى عمليات التعلم والنمو العادى للكلام واللغة ، وفى مباشرة النشاطات التعليمية المعتادة ، أو لأغراض الحياة اليومية والاجتماعية العادية . وبين هاتين الطائفتين توجد درجات أخرى متفاوتة الشدة من حيث فقدان السمعى تتباين احتياجاتها الخاصة ومعالجتها التربوية .

ويميز التربويون بين فئتين من المعوقين سمعيا هما الصم وثقيلو السمع :

أ - **الصم** : ويقصد بهم أولئك الذين يعانون من عجز سمعى (٧٠ ديسبل فأكثر) لا يُمكنهم - من الناحية الوظيفية - من مباشرة الكلام وفهم اللغة اللفظية ، وبالتالي يعجزون عن التعامل بفاعلية فى مواقف الحياة الاجتماعية ، حتى مع استخدام معينات سمعية مكبرة للصوت ، حيث لا يمكنهم اكتساب المعلومات اللغوية أو تطوير المهارات الخاصة بالكلام واللغة عن طريق حاسة السمع ، ويحتاج تعليمهم إلى تقنيات ذات طبيعة خاصة نظراً إما لعدم قدرتهم على السمع أو لفقدانهم جزءاً كبيراً من سمعهم .

ب - **ثقيلو السمع** : وهم أولئك الذين يعانون من صعوبات أو قصور فى حاسة السمع - يتراوح ما بين ٣٠ وأقل من ٧٠ ديسبل - لكنه لا يعوق فاعليتها من الناحية الوظيفية فى اكتساب المعلومات اللغوية سواء باستخدام المعينات السمعية أم بدونها . ومعظم أفراد هذه الفئة بإمكانهم استيعاب المناهج التعليمية المصممة أساساً للأطفال العاديين .

وقد عرض بعض الباحثين للتصنيف المتضمن فى جدول (٢) لفئات فقدان السمع ، مصحوبة بتأثير درجة فقدان السمعى على فهم اللغة والكلام ، والاحتياجات والبرامج التربوية والتعليمية اللازمة لكل فئة (Kirk , 1972 ، فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى ، ١٩٨٠) :

جدول (٢) درجات فقدان السمع وتأثيرها على فهم اللغة والكلام ، والاحتياجات التعليمية

فئات فقدان السمع	أثر درجة فقدان السمع على فهم الكلام واللغة	الحاجات والبرامج التعليمية المطلوبة
١ - فقدان سمعي خفيف Slight (ما بين ٢٧ و ٤٠ ديسبل)	- يحتمل مواجهة الطفل صعوبات ضعف في السمع ، وعدم سماع الكلام من مصدر بعيد . - يحتمل مواجهة الطفل صعوبات في فهم الموضوعات الأدبية اللغوية .	- يجب عرض الحالة على إدارة المدرسة . - بإمكان الطفل الاستفادة من السماعة كلما اقترب فقدان السمع من ٤٠ ديسبل . - العناية بالمقررات ، والجلوس في الصفوف الأمامية داخل الفصل العادي ، وأن تكون الإضافة كتابية . - يحتمل أن يحتاج الطفل إلى تعلم قراءة الشفاهة وإلى تدريبات فردية على الكلام وعلاج سمعيه .
٢ - فقدان سمعي معتدل Mild (ما بين ٤١ و ٥٥ ديسبل)	- يمكن للطفل فهم المحادثة الكلامية من مسافة ٥-٣ أقدام في حالة مواجهته المتحدث . - ربما يفقد الطفل ٥٠٪ تقريباً مما يلمح من نقاش داخل الفصل الدراسي إذا كانت الأصوات منخفضة ، وإذا لم يكن في مواجهة المتحدث . - يحتمل أن يعاني الطفل من صعوبات وضعف في نطق بعض الكلمات .	- الحاجة إلى العرض على إخصائي التربية الخاصة لوضع الخطة التربوية اللازمة لمعالجة الحالة . - الحاجة إلى استخدام المعينات السمعية والتدريب على استخدامها بطريقة صحيحة . - الحاجة إلى الجلوس في مكان ملائم من الفصل الدراسي . ويفضل وضعه في فصل خاص بالمعوقين سمعياً خصوصاً إذا كان صغير السن . - الحاجة إلى العناية بالقراءة اللغوية والقراءة . - الحاجة إلى تعلم قراءة الشفاهة ، والمشاركة في المناقشات ، وتصحيح عيوب النطق .
٣ - فقدان سمعي ملحوظ أو واضح Marked (ما بين ٥٦ و ٧٠ ديسبل)	- المحادثات والمناقشات يجب أن تكون بصوت مرتفع حتى يمكن للطفل فهمها . - يواجه الطفل صعوبات في المشاركة في المناقشات الجماعية . - يعاني الطفل من اضطرابات أو عيوب في النطق والكلام . - سيكون لديه قصور في استخدام اللغة ، مما يؤدي إلى عدم فهمها واستيعابها بدرجة كافية .	- الحاجة إلى العرض على إخصائي التربية الخاصة ، والخضوع إلى برنامج تربية خاصة . - الحاجة إلى المكثف في فصل خاص أو المساعدة عن طريق غرفة المصادر . - الحاجة إلى مساعدة خاصة وتدريب على تعلم المهارات اللغوية كالمقررات والقراءة وقواعد اللغة . - الحاجة إلى سماعة ، وتدريب سمعي .

<p>- الحاجة إلى تعلم قراءة الشفاهة ، ومراقبة المناقشات الكلامية ومساعدته على تصحيح الأخطاء .</p> <p>- الحاجة إلى تركيز الانتباه في المواقف السمعية والبصرية طوال الوقت .</p>	<p>- حصيلة الطفل من المفردات اللفظية تكون محدودة جداً .</p>	
<p>- الحاجة إلى رعاية خاصة ومتابعة تربية (برنامج خاص للصم طوال الوقت) .</p> <p>- الحاجة إلى التركيز على الاهتمام بالمهارات اللفظية وفهم المفاهيم وقراءة الشفاهة والكلام .</p> <p>- التدريب السمعي المستمر والحاجة إلى خدمات شاملة وعون جماعي .</p> <p>- الحاجة إلى استخدام السماعات ، ووضعها في الفصول العادية بعض الوقت كلما كان ذلك ممكناً لضرورة .</p>	<p>- قد يمكن للطفل سماع الأصوات العالية من مسافة قلم واحدة من الأذن .</p> <p>- يحتمل أن يميز بين الأصوات المختلفة في البيئة .</p> <p>- يعاني من عيوب في النطق وقصور في الكلام واللغة قابل للتفاهم .</p>	<p>٤ - فقدان سمعي شديد Severe (ما بين ٧١ و ٩٠ ديسيبل)</p>
<p>- الحاجة إلى برنامج للصم وفصول خاصة طوال الوقت مع التركيز على المهارات اللفظية .</p> <p>- الحاجة إلى التدريب على قراءة الشفاهة .</p> <p>- التقسيم المستمر للحاجات المتعلقة بالاتصال اللفظي واليدوي .</p> <p>- التدريب السمعي المستمر فورياً وجمعياً .</p> <p>- السماح بالبقاء في الفصول العادية لفترات قصيرة مع توعية اللغة والمخبر في ذلك .</p>	<p>- يحتمل أن يشعر الطفل ببعض الأصوات العالية ، لكنه يشعر بالهزات الصوتية أكثر من شعوره بالنغمات والتغيرات الصوتية .</p> <p>- يعتمد الطفل على الحاسة البصرية في الاتصال بالآخرين .</p> <p>- يعاني الطفل من عيوب النطق والكلام القابلة للعلاج ، وربما عجز لزمري وكلامي تام .</p>	<p>٥ - فقدان سمعي حاد أو عميق Extreme (٩١ ديسيبل فأكثر)</p>

التعرف على الإعاقة السمعية وقباصها :

تعدد الطرق والأساليب التي تستخدم فى الكشف عن الإعاقة السمعية ومن بينها الملاحظة والاختبارات السمعية المبدئية كاختبار الهمس والشوكة الرنانة ، والمقاييس الدقيقة عن طريق جهاز السمع الكهربائى أو الأديوميتر .

1- طريقة الملاحظة : Observation

الملاحظة هى إحدى طرق البحث العلمى وجمع البيانات ، وبصرف النظر عن أنها قد لا تؤدى بالضرورة فى جميع الأحوال إلى بيانات كمية دقيقة يمكن الاعتماد عليها بشكل نهائى فى تحديد نوعية الإعاقة السمعية ودرجتها ، إلا أن الملاحظة المنظمة لها قيمتها المؤكدة فى مساعدة الآباء والأمهات فى الوقوف على بعض الأعراض والمؤشرات التى يحتمل معها وبشكل مبدئى وجود مشكلة سمعية يعانىها الطفل ، وتستدعى إحالته إلى متخصص فى قياس السمع لتقييمها وتشخيصها بدقة أكبر ، ليقرر بجلاء ما إذا كانت هناك إعاقة سمعية أم لا ، توطئة لتقديم الرعاية المناسبة فى الوقت المناسب .

وللملاحظة - كطريقة لدراسة سلوك الطفل ومتابعة جوانب فوه - ضرورتها بالنسبة للمعلمين والأطباء والإخصائيين النفسيين والاجتماعيين فى مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية ، وهو ما يستلزم التوعية عن طريق الوسائل الإعلامية ، ومن خلال برامج الإعداد المهنى لهؤلاء الإخصائيين بأهمية ملاحظة تلك الأعراض والمؤشرات المبدئية الدالة على الإعاقة السمعية ، لمساعدتهم على الكشف المبكر عنها ما أمكن ذلك .

ومن أهم المؤشرات والأعراض الجسمية والسلوكية التى ينبغى ملاحظتها وأخذها بعين الاعتبار للكشف عن احتمال وجود إعاقة سمعية لدى الطفل ما يلى :

- ١- وجود تشوهات خلقية فى الأذن الخارجية .
- ٢- شكوى الطفل المتكررة من وجود آلام وطين فى أذنيه .
- ٣- نزول إفرازات صديدية من الأذن .
- ٤- عدم استجابة الطفل للصوت العادى أو حتى الضوضاء الشديدة .
- ٥- ترديد الطفل لأصوات داخلية فجأة مسموعة أشبه بالمنغاة .
- ٦- عزوف الطفل عن تقليد الأصوات .

- ٧- يبدو الطفل غافلاً متكاسلاً قاتر الهممة وسرحاناً .
- ٨- البطء الواضح فى نغمة الكلام واللغة ، أو إخفاق الطفل فى الكلام فى العمر الزمنى والوقت العاديين .
- ٩- عدم مقدرة الطفل على التمييز بين الأصوات ، وقد يطلب إعادة ما يقال له من كلام ، أو يلقى عليه من تعليمات باستمرار .
- ١٠- إخفاق الطفل المتكرر فى فهم التعليمات ، وعدم استجابته لها .
- ١١- عدم تجاوب الطفل مع الأصوات والمحدثات الجارية من حوله ، وتحاشيه الاندماج مع الآخرين .
- ١٢- معاناة الطفل من بعض عيوب النطق واضطرابات الكلام .
- ١٣- تأخر الطفل دراسياً برغم قدرته العقلية العادية .
- ١٤- قد يتحدث الطفل بصوت أعلى بكثير مما يتطلبه الموقف .
- ١٥- يقترب الطفل كثيراً من الأجهزة الصوتية - كالتليفزيون والراديو - ويرفع درجة الصوت بشكل غير عادى ومزعج للآخرين .
- ١٦- تبدو قسما من وجه الطفل خالية من التعبير الانفعالى الملائم للكلام الموجه إليه ، أو الحديث الذى يجرى من حوله .
- ١٧- قد يحاول الطفل جاهداً الإصغاء إلى الأصوات بطريقة مميزة وغير عادية ، كأن يميل برأسه باستمرار تجاه مصدر الصوت مع وضع يده على أذنه ملتصقاً بالسمع ، أو يبدو عليه التوتر العضلى ، أو يتطلع بطريقة ملفتة إلى وجه المتحدث أثناء الكلام .
- (Swanson & Willis, 1979 , Telford & Sawrey , 1981 , Kirk & Gallagher , 1983)
- ويلاحظ أن بعض هذه المؤشرات أو الأعراض قد لا يُعزى بالضرورة إلى وجود إعاقة سمعية كالصمم أو ضعف السمع ، حيث يتداخل مع بعض أعراض إعاقات أخرى ؛ كالخلف العقلى والإضطرابات الانفعالية والتواصلية ، وقد يرجع إلى عيوب فى جهاز النطق ، أو إلى عوامل تتعلق بنقصان الدافعية للتعلم لدى الطفل ، أو بأساليب تنشئته الوالدية اللاسوية ، أو يكون راجعاً للتقييد البيئى والحُرمان الثقافى المفروض عليه ، مما

يلزم التحقق الدقيق من صحة احتمال وجود قصور سمعي لدى الطفل عن طريق جهاز قياس السمع ، وفي ضوء بيانات تفصيلية عن الحالة الصحية والاجتماعية للطفل وسلوكه العام ومقدرته العقلية .

ب- اختبارات الهمس Whispering Test

وهي من الاختبارات المبدئية التي يمكن للآباء والأمهات أو المدرس إجراؤها على الطفل لاختبار قدرته على السمع ، وتتطلب من الفاحص الوقوف خلف الطفل أو بجانبه ومخاطبته بصوت خفيض أو هامس ، مع الابتعاد عنه تدريجياً حتى الوصول إلى مسافة يشير الطفل بأنه لم يعد يسمع الصوت عندها . ويجرى هذا الاختبار بالنسبة لكل أذن على حدة بعد تغطية الأذن الأخرى .

ج- اختبارات الساعة الدقاقة Watch- Ticktest

حيث يطلب إلى المفحوص وهو مغمض العينين الوقوف عند النقطة التي يسمع عندها الفرد العادي صوت الساعة ، فإذا ما تعذر عليه سماع الصوت عند هذه النقطة يتم تقريب الساعة من أذنه بالتدريج حتى يمكنه سماع دقاتها ، وتحسب المسافة من الوضع الأخير مقارنة بالوضع العادي ، فإذا ما كانت أقل من نصف المسافة لدى العاديين ، زاد الاحتمال بأن المفحوص ضعيف السمع .

د - جهاز قياس السمع الكهربائي :

تقاس حدة السمع باستخدام جهاز قياس السمع الكهربائي (الأوديوميتر Audiometer) الذي يبعث أصواتاً مختلفة من حيث : التردد Frequency ، وكثافة الصوت أو شدته Intensity . وينتقل الصوت إلى المفحوص عبر سماعة خاصة ليحدد النقطة التي يبدأ عندها في سماع الصوت لنوع معين من التردد ، وتسمى هذه النقطة بعتبة السمع Hearing Thershold . ويقاس كل تردد بشكل منفصل وعلى مستوى كل أذن منفردة عن الأخرى كما تسجل النتائج عن طريق رسام السمع الكهربائي (الأوديوغرام Audiogram) .

ويقصد بتردد الصوت عدد الذبذبات الصوتية في الثانية الواحدة لنغمة معينة ، وترتبط على الزيادة أو النقصان في مستوى التردد الصوتي تغيرات في شدة الصوت أو

حدثه بحيث كلما زاد التردد زادت حدة الصوت ، وعادة ما يكون أفراد البشر قادرين على سماع الأصوات التى تتراوح معدلات تردداتها بين ٢٠ و ٢٠٠٠٠ ذبذبة فى الثانية ، إلا أن هذا المدى الواسع من الذبذبات يشمل أصواتا لا يحتاج إليها الإنسان فى تعاملاته وحياته اليومية العادية لكونها تخرج عن نطاق الكلام العادى ، إما لضعفها أو علوها الشديد . ويعد مدى التردد الصوتى الذى يتراوح ما بين ٥٠٠ و ٢٠٠٠ ذبذبة فى الثانية هو الأكثر أهمية لفهم المثيرات اللازمة للكلام والحوار فى الحياة اليومية العادية .

أما بالنسبة لكثافة الصوت أو شدته فيقصد بها درجة الارتفاع النسبى للصوت (عال ، متوسط ، منخفض) وتقدر عن طريق معرفة عدد الوحدات الصوتية التى يمكن عندها للفرد سماع الصوت ، والوحدة الصوتية هى الديسبل Decible ويتدرج مقياسها من ١٠ : ١٢٠ ديسبل ، ويشير هذا المقياس إلى التدرج من الأصوات المنخفضة أو الهامسة إلى الأصوات المرتفعة أو العالية ، فالصوت الهامس من مسافة مترين تقريبا يسجل على مؤشر الأوديوميتر حوالى ١٠ ديسبل ، بينما يسجل الكلام فى حالة المحادثات العادية من بعد أربعة أمتار حوالى من ٣٠ : ٦٠ ديسبل ، وصوت محرك السيارة حوالى ٦٥ ديسبل .

ويبدأ مستوى السمع الذى يقل عن المعدل العادى ويشير إلى وجود مشكلات سمعية من ٢٥ : ٣٠ ديسبل ، ويعنى فقدان سمعى بسيط ، ويتدرج هذا المستوى حتى يصل إلى أشد حالات العجز السمعى (صمم كلى أو تام) عندما يبلغ ٩١ ديسبل فأكثر .

أسباب الإعاقة السمعية :

تصنف العوامل المسببة للإعاقة السمعية تبعاً لأسس مختلفة ، من بينها طبيعة هذه العوامل (وراثية أم مكتسبة) وزمن حدوث الإصابة (قبل الميلاد وأثناء الميلاد وبعد الميلاد) وموضع الإصابة (فى الأذن الخارجية والأذن الوسطى والأذن الداخلية) وسوف نكتفى بعرض التصنيف الأول مع الإشارة ما أمكن ذلك إلى زمن حدوث الإعاقة وموضعها فى الجهاز السمعى فى سياق هذا التصنيف .

أولاً : الصواعل الوراثية :

كثيراً ما تحدث حالات الإعاقة السمعية الكلية أم الجزئية نتيجة انتقال بعض الصفات الجينية أو الحالات المرضية من الوالدين إلى أبنائهما عن طريق الوراثة ومن خلال

الكروموزومات الحاملة لهذه الصفات كضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعى ، ويقوى احتمال ظهور هذه الحالات مع زواج الأقارب ممن يحملون تلك الصفات . وتظهر الإصابة بالصمم الوراثى منذ الولادة (صمم أو ضعف سمع ولادى) أو بعدها بسنوات - حتى سن الثلاثين أو الأربعين - كما هو الحال فى مرض تصلب عظمة الركاب لدى الكبار ، مما يتعذر معه انتقال الموجات الصوتية للأذن الداخلية نتيجة التكوين غير السليم والاتصال الخاطىء لهذه العظمة بنافذة الأذن الداخلية ، ومرض ضمور العصب السمعى .

ثانياً : العوامل غير الوراثية :

أ - إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض : ومن أهمها إصابة الأم لامبيما خلال الثلاثة شهور الأولى من الحمل بأمراض معينة كفيروس الحصبة الألمانية ، والزهري والإنفلونزا الحادة . إضافة إلى أمراض أخرى تؤثر على نمو الجنين بشكل غير مباشر وعلى تكوين جهازه السمعى كمرض البول السكرى .

ب - تعاطى الأم الحامل بعض العقاقير : يؤدى تعاطى الأم أثناء فترة الحمل بعض العقاقير دون مشورة الطبيب الاختصاصى إلى إصابة الجنين ببعض الإعاقات كالتخلف العقلى والإعاقة السمعية فضلاً عن التشوهات التكوينية ، ومن بين هذه الأدوية والعقاقير الثاليدوميد والاستربتومايسين ، وأنواع أخرى من العقاقير قد تستخدم لمدة طويلة (كاستخدام الأسبرين فى علاج الروماتيزم) أو بغرض إسقاط الجنين مما يؤثر على خلايا السمع .

ج - عوامل ولادية : وترجع هذه العوامل إلى ظروف عملية الولادة وما يترتب عليها بالنسبة للوليد ، ومنها الولادات العسرة أو الطويلة حيث يمكن أن يتعرض معها الجنين لنقص الأوكسجين مما يترتب عليه موت الخلايا السمعية وإصابته بالصمم ، والولادات المبكرة قبل اكتمال قضاء الجنين لسبعة أشهر على الأقل فى رحم الأم مما يعرضه للإصابة ببعض الأمراض نتيجة عدم اكتمال نموه ونقص المناعة لديه .

د - إصابة الطفل ببعض الأمراض : غالباً ما تؤدى إصابة الطفل خصوصاً فى السنة الأولى من حياته ببعض الأمراض إلى الإعاقة السمعية ومن بين هذه الأمراض الحميات الفيروسية والميكروبية كالحمى المخية الشوكية أو الالتهاب السحائى ، والحصبة والتيفود والانفلونزا ، والحمى القرمزية والدفتريا . ويترتب على هذه الأمراض تأثيرات

مدمرة فى الخلايا السمعية والعصب السمعى . وهناك أنواع أخرى من الأمراض تؤدى إلى ظهور عديد من المشاكل السمعية كالتهاب الأذن الوسطى الذى يشيع بين الأطفال فى سن ميكرة ، وأورام الأذن الوسطى أو تكلس بعض الأنسجة الجلدية بداخلها .

ويتأثر الجهاز السمعى لدى الطفل نتيجة وجود بعض الأشياء الغريبة داخل الأذن أو القناة الخارجية من أمثال الحصى والحشرات والخرز والأوراق وغيرها ، ونتيجة لتراكم المادة الشمعية أو صمّاخ الأذن فى القناة السمعية مما يؤدى إلى إنسداد الأذن ، فلا تسمح بمرور الموجات الصوتية بدرجة كافية ، أو يؤدى إلى وصولها مشوّهة إلى طبلة الأذن .

هـ - الحوادث والضوضاء : تشكل هذه المجموعة من الأسباب بعض العوامل البيئية العارضة التى تؤدى إلى إصابة بعض أجزاء الجهاز السمعى كإصابة طبلة الأذن الخارجية بثقب وحدث نزيف فى الأذن نتيجة آلة حادة أو لكمة أو صفة شديدة ، أو التعرض لبعض الحوادث ؛ كحوادث السيارات والسقوط من أماكن مرتفعة ، والعمل فى أماكن بها مستويات عالية من الضجيج والضوضاء ك بعض الورش والمصانع أو المطارات وميادين القتال .. وغيرها .

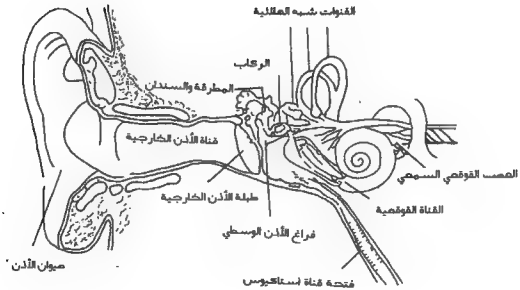
الجهاز السمعى :

يتوقف إنتاج الكلام وغو الشروة اللغوية لدى الطفل على مدى سلامة جهازه السمعى ، والكلامى (النطق) . ويقوم جهاز السمع بعملية استقبال المثيرات الصوتية ، وإدراكها ، وفهم ما تدل عليه ، بينما يقوم جهاز النطق أو الكلام بعمليات الإرسال كالمناغاة والتقليد ، ثم إنتاج الكلام واللغة كوسيلة للتفاهم والاتصال . وهكذا يوجد تلازم وترابط وثيق بين وظائف الجهازين .

ويتألف جهاز النطق لدى الإنسان من اللسان والشفنتين وسقف الحلق وتجويف الفم ، وتجويف الأذن والبلعوم ، والحنجرة والأوتار الصوتية والقصبه الهوائية ، ويلعب هذا الجهاز دورا بالغ الأهمية من الناحية الحركية التى تتصل بحدوث الأشكال الصوتية البدائية الالتقائية التى تتشكل منها أصوات الحروف ، ومن ثم الكلام بعد ذلك ، ومع هذا فإن جهاز النطق تنتفى قيمته تماما مع فقدان المقدرة السمعية أو فى غياب الجهاز السمعى ، ذلك أن إكتساب اللغة اللفظية وغوها وارتقائها بطريقة طبيعية يعتمد فى المقام الأول على

مدى سلامة الجهاز السمعى ، ومقدرته على التقاط الأصوات ثم تقليدها أو محاكاتها ، وإدراك العلاقة بين معانى الأشياء والألفاظ الدالة عليها . كما أن اللغة اللفظية ليست مجرد أصوات فجأة لا معنى لها ، وإنما هى أصوات ذات دلالة ومغزى ومعانى معينة مما يجعل للكلام قيمة كأداة للتخاطب والاتصال بين الناس . وهكذا فإن الجهاز السمعى هو الأصل فى العملية اللغوية .

ويتكون الجهاز السمعى من الأذن الخارجية ، والأذن الوسطى ، والأذن الداخلية ، ويتتابع من خلال هذه الأجزاء وصول المثيرات الصوتية على هيئة موجات سمعية إلى الجهاز السمعى المركزى بالمخ ليقوم بترجمتها وتفسيرها ، أو تحويلها إلى أصوات مفهومة لها دلالاتها المحددة ، والاستجابة لها . (أنظر الشكل رقم ٨) .



شكل (٨) تركيب الأذن

١- الأذن الخارجية : External Ear

تتكون الأذن الخارجية من الصيوان والقناة السمعية الخارجية التي تنتهي بالطبلة ، وهي غشاء رقيق مشدود على الفتحة التي تصل بين الأذن الخارجية وبداية أجزاء الأذن الوسطى . ويعمل صيوان الأذن كما لو كان عدسة لامة حيث يقوم باستقبال الموجات الصوتية الواردة من البيئة الخارجية ، وتجميعها وتركيزها وتقويتها ، ثم دفع الموجات الصوتية عبر القناة السمعية إلى الطبلة التي تهتز بدورها لهذه الموجات ، وترسلها إلى الأذن الوسطى . وتحتوى القناة السمعية على مادة شمعية تفرزها الأذن من شأنها حماية طبلة الأذن وأجزاء الأذن الوسطى من الغبار والأتربة .

٢- الأذن الوسطى : Middle Ear

وتحتوى على فراغ يصل إليه الهواء عن طريق قناة ستاكيوس التي تؤدي إلى تجويف الفم والأنف . وتتكون الأذن الوسطى من ثلاث عظيمات صغيرة هي المطرقة ، والسندان ، والركاب ، وتتصل ببعضها عن طريق حزم ليفية ، وتهتز تلك العظيمات تباعا تحت تأثير الموجات الصوتية التي تتدافع عن طريق طبلة الأذن ، لتنتقلها في النهاية عظمة الركاب إلى نافذة الأذن الداخلية .

٣- الأذن الداخلية : Inner Ear

تتكون الأذن الداخلية من القوقعة ، والقناة القوقعية ، والعصب القوقعي ، والقنوات شبه الهلالية . وتتكون القناة القوقعية من عدة قنوات صغيرة تحتوى على سائل خاص ، وهي ذات أطراف أو نهايات عصبية عالية الحساسية للموجات الصوتية تعمل بمثابة مستقبلات سمعية تتصل بالعصب السمعي الذي يفضى إلى الجهاز العصبي السمعي المركزي بالمخ . ومن أهم وظائف الأذن الداخلية تحويل الموجات الصوتية عبر العصب السمعي إلى المخ حتى تصل إلى القشرة المخية لتتم ترجمتها أو إضفاء المعنى المناسب عليها وتفسيرها ، والاستجابة لها ، كما تلعب الأذن الداخلية دورا بالغ الأهمية في المحافظة على التوازن Balance أو التوجه Orientation الحركي . (عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ ، ١٩٨٥ ، فتحي السيد عبد الرحيم وحليم بشاي ، ١٩٨٠)

الشخصية والانتعاج والتكيف الاجتماعي لدى المعوقين سمعياً ،

أهتم الباحثون بدراسة خصائص المعوقين سمعياً واستعداداتهم العقلية واللغوية ، والشخصية والتحصيلية الأكاديمية ، وحظى جانب الشخصية بنصيب وافر من دراساتهم . وقد استعرض مصطفى فهمى (١٩٨٠) بعض الدراسات المبكرة التى تناولت شخصية الطفل الأصم ، ومن بينها دراسة " بنتنر وللى برنشويج " Pinter & Brunswick (١٩٣٦) التى تناولوا فيها توافق شخصية الأصم وعلاقته بكل من الطريقة التى يتعلم بها ، ومدى وجود حالات صمم أخرى فى أسرته ، وذلك على عينة مكونة من ٧٧٠ من البنين ، و ٥٦٠ من البنات ، تراوحت أعمارهم الزمنية بين ١٥ و ١٧ عاماً ، وقد أسفرت النتائج عن أن الأطفال الصم الذين يتعلمون بالطريقة الشفوية كانوا أكثر توافقاً اجتماعياً من أقرانهم الذين يستخدمون طريقة الإشارة ، وأن الأطفال الصم الذين ينتمون إلى أسر ليس بها أطفال صم آخرون ، كانوا أقل توافقاً من نظرائهم الذين توجد فى أسرهم حالات صمم أخرى .

كما كشفت نتائج دراسة قامت بها " للى برنشويج " ١٩٣٦ ، طبقت فيها اختبار " روجز " لدراسة الشخصية على عينة من ١٥٩ طفلاً أصماً ، و ٢٤٣ طفلاً عادياً ، أن الأطفال الصم كانوا أقل توافقاً من يسمعون . ومن بين الدراسات المبكرة فى هذا المجال أيضاً دراسة أخرى أجراها " بنتنر " مع " للى برنشويج " ١٩٣٧ ، عن مخاوف الأطفال الصم ورغباتهم ، وأوضحت نتائجها أن الأطفال الصم عموماً قد أظهروا رغبة فى الإشباع المباشر لحاجاتهم ، وافتقدوا المقدرة على إرجاء هذا الإشباع ، كما اتسموا بقلّة رغباتهم واهتماماتهم فى الحياة .

ومنها أيضاً دراسات " سبرنجر " Springer ١٩٣٨ ، و "سبرنجر وروسلو" Roslow (١٩٣٨) التى طبقوا فيها قائمة براون للشخصية Prown Personality Inventory على عينات من الأطفال الصم والعاديين تتراوح أعمارهم بين ١٢ و ١٦ عاماً ، وأسفرت نتائجها عن أن الأطفال الصم يعانون من الأعراض العصبية . كما انتهى "جريجورى" Gregory (١٩٣٨) من دراسته عن بعض سمات الشخصية والاهتمامات لدى الأطفال الصم وعاديو السمع ، إلى أن الأطفال الصم أكثر ميلاً من أقرانهم العاديين إلى الانسحاب من المواقف والمشاركة الاجتماعية ، وإلى عدم الاستعداد لتحمل المسئولية (مصطفى فهمى ، ١٩٨٠ : ٧٧ - ٨١) .

وتبيل معظم نتائج البحوث والدراسات النفسية الحديثة نسبيا والتي أجريت على عينات مختلفة من المعوقين سمعيا . من حيث نوع الجنس والعمر الزمني ، ودرجة الإعاقة السمعية ، إلى تأكيد نتائج البحوث المبكرة صالفة الذكر . حيث تؤكد غالبيتها اتسام المعوقين سمعيا بالتصلب والجمود ، وعدم الثبات الانفعالي والتمركز حول الذات ، وضعف النشاط العقلي (Edna Levine , 1957) ، ويظهر الاستجابات العصبية لديهم بشكل أوضح منه لدى العاديين ، ومعاناتهم من الشعور بالنقص ، وأحلام اليقظة ، ويكونهم أقل اعتمادا على أنفسهم ، وشعورا بالحرية والانتماء (زينب إسماعيل ، ١٩٦٨) .

كما تشير النتائج أيضا إلى أن المعوقين سمعيا يتصفون بالانطوائية والعذوانية ، ويعانون من الشعور بالقلق والإحباط والحرم ، والتمركز حول الذات ، والاندفاعية والتهور وعدم المقدرة على ضبط النفس ، وانخفاض مستوى النضج الاجتماعي ، وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي (بحرية الجنائني ، ١٩٧٠ - Reivch & Rothroch , 1972 , Meadow , 1975 ، نهى اللحامى ، ١٩٨٠ ، عبد الرحيم بخيت ، ١٩٨٨)

وكشفت نتائج دراسات أخرى (عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٢) عن انخفاض مستوى السلوك التكيفي ، وارتفاع مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعوقين سمعيا بالنسبة لأقرانهم العاديين ، وأن الأطفال المعوقين سمعيا الذين يخضعون لأسلوب الرعاية التعليمية الخارجية يتميزون بارتفاع مستوى سلوكهم التكيفي أكثر من أقرانهم الذين يخضعون لأسلوب الرعاية والإقامة في مؤسسات داخلية .

ويمكن النظر إلى مختلف الخصائص الانفعالية والعقلية والاجتماعية للمعوقين سمعيا في ضوء شبكة من المتغيرات أهمها درجة الإعاقة ، وتوقيت حدوثها واكتشافها ، وظروف البيئة والتنشئة الاجتماعية للمعوق سمعيا ، والاتجاهات الوالدية نحو إعاقته ، ومدى توافر وسائل للفهم والاتصال بينه وأعضاء أسرته أو المحيطين به ، وطبيعة برنامج الرعاية التربوية أو الطريقة التي تقدم بها الخدمات التربوية له .

على سبيل المثال فإنه كلما زادت درجة الإعاقة السمعية حدة ، ازداد التباعد بين المعوق سمعيا والعاديين ، وتضائلت بالتالي فرص التفاعل فيما بينهم لاقتقارهما إلى لغة تواصل مشتركة ، لذا ... فإننا غالبا ما نجد الصم أكثر اندماجا وتفاعلا وتوافقا فيما بينهم كجماعة متفاهمة ، بينما يكون الأصم بالنسبة لجماعة العاديين أكثر نزوعا

للاستحاب ، وميلا للعزلة والانعطواء ، وأقل تكيفا من الناحيتين الشخصية والاجتماعية ، وذلك نظرا لمحدودية علاقاته بهم ، وعدم مقدرته على فهم ما يدور من حوله ، وعجزه عن المشاركة فيه ، والاندماج فى أنشطتهم ، وهو ما يؤدي إلى تأخر نضجه النفسى والاجتماعى .

ونظرا لما يترتب على الإعاقة السمعية من بقاء شديد فى تعلم اللغة ، أو من عدم المقدرة على التفاهم والاتصال ، فإن فرص النمو الاجتماعى للطفل المعوق سمعيا تتضاءل ، وربما تنعدم ، لاسيما كلما تأخر اكتشاف إعاقته ، وبالتالي تأخر التدخل العلاجى المبكر اللازم لتنمية استعداداته المختلفة خلال السنوات التكوينية الأولى من حياته ، والحد من مضاعفات إعاقته .

ويزداد الأمر سوء كلما اتسمت اتجاهات الوالدين نحو الطفل وإعاقته بالسلبية ، كالإنكار والشعور بالذنب والأسى ، أو الحماية الزائدة .. وغير ذلك مما يؤدي إلى اضطراب علاقة الوالدين بالطفل وتوترها ، ويعوق الفهم الموضوعى لمشكلته ، والتعامل الواقعى معها ، ويؤثر بالتالى على نمو شخصية الطفل ومفهومه عن ذاته . وكثيرا ما يفتقد الطفل الأصم وضعيف السمع إلى الحب والدفء والأمن ، ويعانى فى محيط أسرته من التجاهل والإهمال ، وعدم إشراكه فى تحمل بعض الأعباء والمهام الأسرية المتاحة لبقية إخوته وأقرانه العاديين فى منزله ، مما يحجب فرص نموه الشخصى والاجتماعى ، ويعرضه للعزلة ، ويجعله نهبا لمشاعر النقص والقلق والإحباط والضيق .

أما من حيث الذكاء فقد كشفت نتائج البحوث المبكرة التى استخدمت اختبارات ذكاء شفوية أو لفظية - ومنها بحوث "بنتنر" Pintner و "باترسون" Paterson (١٩١٥) اللذان طبقا الصورة المعدلة من قبل "جودارد" لاختبار بينيه - سيمون للذكاء عن وجود فروق فى مستوى الذكاء بين الصم والعاديين ، لصالح العاديين . وقد رأى بعض الباحثين أن مثل هذه الاختبارات غير ملائمة لقياس ذكاء الصم ، ومن ثم لا يمكن استخدامها معهم .

ومع ذلك فإن نتائج البحوث التى استخدمت فيها اختبارات ذكاء عملية -Perfor- mance Tests ، أو غير لفظية قد تضاربت بشأن ذكاء الصم ، حيث انتهى بعضها إلى أن مستوى ذكاء الصم يقل عن مستوى ذكاء العاديين بحوالى عشر إلى خمس عشرة نقطة

- كبحوث " بنتر وياترسون وليون " وغيرهم - وانتهى بعضها الآخر إلى عدم وجود فروق فى الذكاء بين الصم والعادين كبحوث " كولنر " و" دريفر " ، و" سبرلجر " ، و" جود إنف " وغيرهم . (مختار حمزة ، ١٩٧٩ : ٨٢) .

الوقائية من الإعاقة السمعية ورعاية المعوقين سمعيا

أولاً : الاجراءات الوقائية والرعاية المبكرة :

١- توعية العامة بمختلف الطرق والوسائل المربية والمسموعة والمقروءة ، والرسمية وغير الرسمية ، بالعوامل المسهمة فى حدوث الإعاقة السمعية للحد منها ؛ كزواج الأقارب لاسيما فى العائلات التى يعانى أفرادها من الصمم الوراثى ، والحميات ، وتعاطى بعض الأدوية الضارة بالسمع ، وعدم تطعيم الأطفال فى المواعيد المناسبة ضد بعض الأمراض .

٢- تعميم الطعوم الثلاثية ضد الحصبة والغدة النكفية والحصبة الألمانية فى جميع الأعمار الزمنية ، لاسيما بالنسبة للإناث فى سن الزواج .

٣- العناية بصحة الأم الحامل وتغذيتها ، وعدم تعاطيها الأدوية إلا تحت الإشراف الطبى اللازم .

٤- التوسع فى إنشاء المراكز الطبية المتخصصة ، والوحدات السمعية المحلية فى مختلف المحافظات ، لإجراء الفحوص الطبية الدورية على الأطفال ، والاكتشاف المبكر لأمراض السمع وتشخيص حالات الإعاقة السمعية فى مراحلها الأولى ، وتقديم الخدمات العلاجية المناسبة كعلاج التهابات الأذن وإجراء الجراحات ، وتزويد المعوقين سمعياً بالأجهزة السمعية وتأهيلهم وتدريبهم على استخدامها ، والتدريب التخاطبى ، وعلاج عيوب النطق والكلام لدى المعوقين سمعياً .

٥- العمل على توفير الأجهزة والمعينات السمعية لضعاف السمع وقطع غياريها ، وإعافائها من الرسوم الجمركية ، وتشجيع رجال الصناعة على إنتاجها ، أو تجميعها محلياً .

٦- الرعاية النفسية والتربوية والاجتماعية للمعوقين سمعياً فى سن ما قبل المدرسة ، بما يساعد على استثمار بقايا سمعهم فى تفهم اللغة وتعلم الكلام إلى أقصى درجة ممكنة ، وعلى تحقيق تكيفهم الشخصى والاجتماعى .

٧- الإرشاد والتوجيه الأسرى لمساعدة الآباء والأمهات على تفهم مشكلات أطفالهم المعوقين سمعياً ، واحتياجاتهم ، ولحثهم على المشاركة في تنميتهم اجتماعياً ، وتدريبهم على الاستقلالية والاعتماد على أنفسهم .

٨ - تدريب الوالدين على المشاركة في تنمية لغة الطفل وتدريبه اللغوى ، مع التأكيد على سلامة نطق الكلمات الموجهة للطفل ووضوحها ، وتجنب استخدام الكلمات المحركة ، وتشجيع الطفل على الانتباه والملاحظة والتمييز البصرى لحركات الشفاة أثناء الكلام ومحركاتها ، واستخدام التعزيز اللازم .

٩ - العناية بوسائل الأمن الصناعى ، ومنها توفير واقيات السمع ، والحوائط العازلة للصوت فى بيئات العمل التى تتسم بالصخب والضوضاء الشديدة .

الرعاية التربوية والتعليمية للمعوقين سمعياً :

تضمنت اللائحة التنفيذية لمدارس وفصول التربية الخاصة (وزارة التربية والتعليم ، ١٩٩٠ : ١١ - ١٢) الأهداف التالية لمدارس المعوقين سمعياً :

١- تدريب المعوقين سمعياً على النطق والكلام لتحسين درجة الإعاقة السمعية وتكوين ثروة من التراكيب اللغوية كوسيلة اتصال بالمجتمع .

٢- تدريب المعوقين سمعياً على طرق الاتصال المختلفة بينهم والمجتمع الذى يعيشون فيه مما يساعدهم على تكيفهم معه .

٣- التقليل من الآثار المترتبة على الإعاقة السمعية سواء أكانت آثاراً عقلية أم نفسية أم اجتماعية .

٤- تعزيز السلوكيات التى تعين المعوقين سمعياً على أن يكونوا مواطنين صالحين .

٥- تزويد المعوقين سمعياً بالمعارف التى تعينهم على التعرف على بيئتهم ، وما يوجد فيها من ظواهر طبيعية مختلفة .

٦- التدريب المهنى للمعوقين سمعياً ، حتى يمكنهم الاعتماد على أنفسهم فى الحصول على مقومات معيشتهم ، بدلا من أن يكونوا عالة على المجتمع ، وحتى يصبحوا عناصر فعالة فى عملية الإنتاج .

٧ - الارتقاء بالتدريبات المهنية للتلاميذ كى يستطيعوا ملاحقة التطور والتقدم

التكنولوجيا فى الصناعة .

٨ - تحسين مستوى المعيشة للخريجين .

٩ - خلق إحساس لدى المعوقين سمعيا بأن لهم قيمة بين أفراد مجتمعهم مما يحفزهم لتنمية قدراتهم وتطويرها ، واستغلالها فى الارتقاء بأنفسهم .

وقد سبقت الإشارة فى موضع سابق من هذا الكتاب إلى أن المؤسسات التعليمية الخاصة بالمعوقين سمعيا كانت أسبق - من حيث ظهورها - من مؤسسات العميان والمتخلفين عقليا ، وقد ظهرت على أيادى كل من " دى ليبيه " فى باريس ، و " صمويل هانك " فى ألمانيا ١٧٧٨ م ، و " توماس برايد وود " فى بريطانيا ١٧٦٠ م و " توماس هوكينز جالوديت " الذى أنشأ فى أمريكا ١٨١٧م أول مدرسة لتعليم الصم تحولت فيما بعد إلى معهد لتأهيلهم ، ثم أصبحت فى عام ١٩٨٦ جامعة متخصصة فى تعليم الصم تعرف باسم جامعة جالوديت Gallaudet University و من أهم مهامها تمكين المعوقين سمعيا من متابعة دراساتهم الجامعية والعليا بعد إكمال تعليمهم الثانوى ، وذلك باستخدام أحدث الوسائل والأجهزة التكنولوجية والطرق التعليمية ، وعلى أساس أن الصم وإن كانوا يفتقدون القدرة على السمع والتواصل اللفظى ، ويواجهون صعوبات فى التفاعل مع الآخرين والاندماج فى المجتمع العادى ، فهم لا يختلفون عن العاديين من حيث قدراتهم العقلية ، بل قد يكونوا من مرتفعى الذكاء وأصحاب المواهب . كما تقوم هذه الجامعة أيضا بإعداد وتدريب وتأهيل الكوادر البشرية اللازمة من الأفراد العاديين للعمل مع الصم فى مجالات الإعاقة السمعية ، وعقد المؤتمرات والندوات العلمية وورش العمل المتخصصة ، والدورات التوجيهية والإرشادية المرتبطة بالإعاقة السمعية .

وعبر مسار التطور التربوى لرعاية المعوقين سمعيا ، تراكمت خبرات عديدة بشأن طرق تعليمهم وتواصلهم ، كما توافرت نتائج بحوث ودراسات علمية عن استعداداتهم وخصائصهم ، تؤكد جميعا على إمكانية تحويلهم إلى طاقات خلاقة ومنتهجة فاعلة إذا ما تم الاكتشاف والتدخل العلاجى المبكرين لإعاقتهن للحد من الآثار المترتبة عليها ، والوقاية من مضاعفاتها ، وإذا ما توافرت لدى ذويهم ومجتمعاتهم العزبة والرغبة الصادقة فى رعايتهم ، وتحسنت نظرة الناس لهم وانحياهااتهم نحوهم ، وتوفر لهم العون والخدمات التربوية والتعليمية والتأهيلية اللازمة فى الوقت المناسب .

أما على مستوى الصعيد المحلى ، فقد أنشئت فى مصر خلال عهد الخديو إسماعيل أول مدرسة لتعليم المكفوفين والصم عام ١٨٧٤م ، ثم أنشأت سيده ديماركية تدعى " تسوتسو " أول مدرسة أهلية للصم فى مدينة الإسكندرية عام ١٩٣٣ ، تبعها إنشاء أول فصلين لتعليم الصم عام ١٩٣٩ كان أحدهما بالقاهرة والآخر بالإسكندرية . وبدأ التوسع فى إنشاء مدارس وفصول ذوى الاحتياجات الخاصة بعد قيام ثورة يوليو ١٩٥٢ ، وفى عام ١٩٥٨ بدأ فتح مدارس إعدادية للصم كامتداد للمرحلة الابتدائية ، كما تحولت إدارة التربية الخاصة من إدارة تتبع الإدارة العامة للتعليم الابتدائى إلى إدارة عامة للتربية الخاصة فى عام ١٩٦٤ تشمل ثلاث إدارات فرعية هى إدارة التربية الفكرية - للمتخلفين عقليا - وإدارة النور - للمعوقين بصريا - وإدارة الأمل - للمعوقين سمعيا - وذلك تعبيراً عن الاهتمام والتوسع فى تعليم هذه الفئات ، وفى عام ١٩٧٨ صدر القرار الوزارى * بتغيير مسميات هذه الإدارات إلى إدارات التربية الفكرية ، والتربية البصرية ، والتربية السمعية على التوالى .

وقد شهدت الفترة من ١٩٦٩ حتى عام ١٩٩٠ انتشاراً ملحوظاً لمدارس الأمل للتربية السمعية ، إذ وصل عددها إلى إحدى وثلاثين مدرسة ، فضلاً عن الفصول الملحقة بمدارس التعليم الصام ، وفى عام ١٩٩٥ - ١٩٩٦ بلغ عدد هذه المدارس ثلاث وأربعين مدرسة بالإضافة إلى ستة وعشرون فصلاً ملحقاً بمدارس العاديين ، وتغطى هذه المدارس والفصول خمس وعشرين محافظة ، كما تستوعب ٩٣٣٤ تلميذاً . **

المراحل الدراسية للمعوقين سمعياً :

تشمل المراحل الدراسية للصم وضعاف السمع فى مصر مرحلة رياض الأطفال ، والحلقة الابتدائية والحلقة الإعدادية المهنية من التعليم الأساسى ، والمرحلة الثانوية الفنية .

١ - مرحلة رياض الأطفال :

وتهدف إلى تزويد الطفل بالمهارات الأولية اللازمة لنموه الشخصى والاجتماعى والحركى والعقلى واللغوى ، وتهيئته لمرحلة التعليم الأساسى .

* القرار الوزارى رقم ٣٥ فى تاريخ ٣١ مارس ١٩٧٨ م .

* * الإدارة العامة للتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم : الإحصاء الاستقرارى لعام ١٩٩٥ - ١٩٩٦

ب- الحلقة الابتدائية من التعليم الأساسي :

مدة الدراسة بها ثمانى سنوات لكل من الصم وضعاف السمع ، ويقبل بالصف الأول بهذه الحلقة الأطفال الصم من سن ٥ - ٧ سنوات ، وضعاف السمع من سن ٦ - ٨ سنوات ، وغالبا ما تكون الدراسة بالنسبة للصم بمدارس داخلية مستقلة ، يقتصر القبول فيها على حالات الصم بأنواعه المختلفة ممن تبلغ عتبات سمعهم ٧٠ ديسبل فأكثر ، أو من تتراوح عتبات سمعهم بين ٥٠ و ٧٠ ديسبل فى أقوى الأذنين بعد العلاج بشرط ألا يقل معدل ذكائهم عن المتوسط ، ولا يكون لديهم حصيلة لغوية مناسبة للمدارس وفصول ضعاف السمع .

أما بالنسبة لضعاف السمع فيدرسون إما بمدارس نهائية خاصة بهم ، أو بفصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية ، وهو أمر يجب التوسع فيه توفيراً لأفضل فرص نمو طبيعى ممكنة للطفل وسط أقرانه العاديين ، ويقبل بهذه المدارس والفصول أولئك الذين تتراوح عتبات سمعهم بين ٢٥ و ٤٥ ديسبل بحيث لا يقل معدل ذكائهم عن المتوسط ، ولا يسمح لهم رصيدهم من اللغة والكلام بمتابعة دراستهم بالمدارس العادية ، ويكون الحد الأقصى للبقاء فى الحلقة الابتدائية من التعليم الأساسى سواء للصم أم لضعاف السمع ١٧ عام .

ج- الحلقة الإعدادية المهنية :

مدة الدراسة بها ثلاث سنوات ، ويقبل بها الصم وضعاف السمع ممن أتموا دراستهم فى الحلقة الابتدائية بنجاح ، وتستهدف تزويد الطلاب بالمعلومات والمهارات وعادات العمل فى بعض المجالات المهنية ، وتأهيلهم للمرحلة الثانوية المهنية للمعوقين سمعياً .

د - المرحلة الثانوية الفنية للصم وضعاف السمع :

تهدف إلى تحقيق النمو المتكامل لجميع جوانب شخصية المعوق سمعياً ، ومدة الدراسة بها ثلاث سنوات ، ويقبل بها الحاصلون على شهادة إتمام الدراسة الإعدادية المهنية ، وكذلك طلاب المدارس العادية والفنية ممن أصيبوا بإعاقة سمعية أثناء دراستهم ، ولا يتجاوز العمر الزمنى للمقبولين بهذه المرحلة ٢٢ عاماً . (وزارة التربية والتعليم ، ١٩٩٠ : ٢٢ - ٢٥) .

ولتحقيق المزيد من الفاعلية لتعليم المعوقين سمعياً فإنه يلزم :

١- توفير برامج تعليمية موازية للوالدين ، وتدريبهم على مهارات العمل والتواصل مع أطفالهم الصم وضعاف السمع ؛ كمهارات التدريب السمعى وقراءة الشفاهة ، لاسيما فى فترة التهيئة والصفين الأول والثانى الابتدائى ، وقد يكون من المفيد إعداد دليل للآباء والأمهات أسوة بدليل المعلم للاسترشاد به فى فهم حالة الطفل ، وكيفية معاملته وتدريبه .

٢- التوسع فى البرامج التعليمية القائمة على دمج المعوقين سمعيا فى المجرى التعليمى العادى ، بدلا من عزلهم فى مؤسسات داخلية أو مؤسسات خاصة طوال الوقت ؛ كالتعليم لبعض الوقت - أو بفصول ملحقة - بالمدارس العادية ، وذلك حتى تتاح لهم فرص الاحتكاك والتفاعل الطبيعى مع أقرانهم العاديين ، وتنمية مشاعر الألفة والفهم المتبادل ، وكذلك إقامة علاقات اجتماعية مثمرة فيما بينهم ، واكتساب مهارات السلوك التوافقى .

٣- تزويد مدارس وفصول الأمل بالوسائل والأجهزة السمعية الحديثة والكافية ، للمساعدة فى عمليات التدريب على مهارات النمو اللغوى والاتصالى .

٤- ربط التخصصات المهنية للصم وضعاف السمع بحاجة سوق العمل ، وتوثيق العلاقة بين المدارس والمراكز والمؤسسات المهنية ، واستغلال إمكاناتها فى توفير فرص التدريب داخلها أثناء فترة الدراسة وخلال الإجازة الصيفية .

٥- تطوير أهداف الحلقة الإعدادية المهنية من التعليم الأساسى ، والمرحلة الثانوية الفنية ، بحيث تسمح الأولى بتهيئة الطالب للالتحاق بمرحلة التعليم الثانوى العام أيضا ، وليس التعليم الفنى فقط ، وتسمح الثانية لمن تمكّنهم استعداداتهم ومقدراتهم - خاصة من ضعاف السمع - بالالتحاق بالتعليم العالى والجامعى أسوة بالمكفوفين وضعاف البصر .

المناهج الدراسية ؛

من المبادئ العامة الواجب مراعاتها فى إعداد أو تطوير المناهج الدراسية للمعوقين سمعيا ما يلى :

- ١- وضوح أهداف المنهج ودقتها .
- ٢- أن تكون موضوعات المنهج وثيقة الصلة بالحياة اليومية للمعوقين سمعيا ، وتؤدى إلى

تنمية المعارف والمهارات الوظيفية المرتبطة بها .

٣- أن تتنوع النشاطات المنهجية بتنوع البيئات التي يعيش فيها المعوقون سمعياً ،
والحياة التي يُعدّون لها .

٤- أن تراعى موضوعات المنهج ونشاطاته طبيعة الإعاقة السمعية ، والاستعدادات
والاحتياجات الخاصة للطفل الأصم وضعف السمع في المرحلة النمائية التي يمر بها .

٥- أن يتسم المنهج بالتكامل والتوازن فيما بين الجوانب النظرية والعملية ، والمعرفية
والمهارية والوجدانية .

٦- أن يتسم المنهج بالوحدة والترابط الرأسى من صف دراسى إلى آخر فى المرحلة الدراسية
ذاتها ، وبالترباط الأفقى من مادة إلى مادة أخرى فى الصف الدراسى نفسه .

٧- اختيار وتنظيم محتوى المنهج ، وتقسيمه إلى وحدات دراسية متسلسلة ، بما يساعد
على تسهيل حدوث التعلم .

٨- أن يكفل المنهج استخدام استراتيجيات تدريسية متنوعة ومناسبة لأهدافه ومحتواه ،
وملائمة لطبيعة الإعاقة السمعية ، مع توظيف الوسائل التعليمية والتكنولوجية ،
والأجهزة السمعية عند تقديم المحتوى ، بما يجعل التعليم أكثر استشارة ومتعة ،
وفاعلية وثبوتاً .

٩- تفريد التدريس تبعاً لاستعدادات الطفل السمعية واللفوية والعقلية المعرفية ،
والخصائص النفسية والاجتماعية للمعوقين سمعياً ، واحتياجاتهم الخاصة .

١٠- العناية بالنشاطات المدرسية المختلفة ؛ كالمعسكرات والزيارات والرحلات ،
وجماعات النشاط الفنى والثقافى والرياضى والاجتماعى .. وغيرها .

١١ - أن يؤكد المنهج على تنمية الرصيد والحصيلة اللغوية أو المهارات التواصلية لدى
الطفل ، وكذلك مهاراته الاجتماعية لمساعدته على تحقيق التفاعل المنشود بينه
والآخرين ، وبينه ومجتمعه .

١٢ - أن يراعى المنهج حفز التلاميذ ، واستشارة دافعيتهن إلى التعلم باستمرار .

١٣- أن يكفل المنهج زيادة فرص التفاعل بين المعوق سمعياً ، ومثيرات البيئة التي يعيش
فيها ومكوناتها المادية والاجتماعية أثناء عملية التدريس .

إعداد الفصول الدراسية للمعوقين سمعياً :

يمثل الفصل الدراسى البيئة التى تحدث فيها عمليات التعلم المقصود داخل نطاق المدرسة ، لذا يجب تجهيزه وتنظيمه بما يلائم احتياجات المعوقين سمعياً ، ويساعد على تيسير حدوث التحصيل المدرسى وعمليات التعلم المستهدفة .

ويقترح لطفى بركات (١٩٨١) مراعاة الشروط التالية فى إعداد الفصول الدراسية للمعوقين سمعياً :

١- اتساع مساحات الفصول الدراسية بما يسمح بتنظيم المقاعد والأدراج بالكيفية التى تتيح رؤية وجه المعلم ، وإيماءاته وحركاته وإشاراته بوضوح وسهولة .

٢ - أن يكون موقع الفصول الدراسية فى مكان هادئ ، للتقليل ما أمكن من أثر الضوضاء الخارجية التى تعوق سماع الصوت بوضوح لاسيما فصول ضعاف السمع ممن يستخدمون معينات سمعية فردية أم جماعية .

٣- أن تكون الإضاءة داخل الفصول كافية ، بحيث يتيسر للأطفال رؤية وجه المعلم وملاحظة تفاصيله وتعبيراته ، وحركات شفثيه أثناء الكلام ويفضل أن يكون مصدر الإضاءة مواجهاً للمعلم وليس من خلفه ، لتجنب حدوث ظلال على وجهه مما قد يعوق رؤية الأطفال له .

٤- يفضل أن يكون تنظيم المقاعد والأدراج على هيئة حذوة حصان ، حتى يتسنى لجميع الأطفال رؤية المعلم بسهولة ويسر .

٥- تزويد الفصول الدراسية بمجموعة الوسائل التعليمية اللازمة لعملية التدريس ، وتصنيفها فى مجموعات ، وتنظيمها وحفظها بالكيفية التى تسهل من عملية الرجوع إليها واستخدامها عند اللزوم .

٦- تجهيز الفصول بمجموعة من المرايا الطولية التى تعلق على الحوائط ، والمرايا الفردية المثبتة أمام كل طفل ، لمساعدته على ملاحظة حركات الشفاه ، ومخارج الألفاظ والحروف أثناء النطق سواء من قبل المعلم حتى يمكنه تقليدها ، أم عن طريق الطفل ذاته حتى يتسنى له تعديلها وتصحيحها بسهولة .

٧- تجهيز الفصول الدراسية بالأجهزة السمعية ، كالسماعات ومقويات الصوت الفردية والجماعية اللازمة .

طرق التواصل لدى الصم وعضاف السمع :

تحتاج تربية المعوقين سمعيا وتعليمهم وتأهيلهم الاجتماعي إلى تدريبهم على طرق اتصال فعالة تتلام ودرجات إعاقاتهم ، بغرض تمكينهم من التعبير عن أحاسيسهم وأفكارهم واحتياجاتهم ، والتفاعل مع بعضهم البعض ومع الآخرين ، والاندماج في الحياة الاجتماعية . وتتباين الفلسفات التي تنبئ عليها هذه الطرق ، كما يعتمد استخدامها على درجة فقدان السمع ، ومن ثم الحاسة التي يتم استخدامها بدرجة أكبر في تعلم المهارات التواصلية .

ومن هذه الطرق ما يقوم على أقصى استغلال ممكن لما قد يتوفر لدى المعوق سمعيا من بقايا سمعية ، يمكن استثمارها في تحسين قدرته اللغوية والكلامية وتنميتها ، وتعرف هذه الطريقة بطريقة التدريب السمعي . ومنها ما يُبنى على توظيف حاسة اللمس لدى المعوقين سمعيا في الإحساس بالتهذبات الصادرة عن الأصوات المختلفة لتعليمهم إصدار الأصوات أو النطق ، وتعرف هذه الطريقة بطريقة اللفظ المنغم . ومن الطرق أيضا ما يقوم على استخدام الحاسة البصرية في تعليم المهارات التواصلية ، على أساس ما يلعبه البصر من دور بارز في عمليات الاستقبال لما هو قائم في العالم الخارجي من أوضاع وإيماءات ، وحركات وتعبيرات شكلية بصرية يمكن تدريب الأصم على ترجمتها إلى معان وأفكار معينة ، مثلما هو متبع في طريقة قراءة الشفافة ، وطريقة التواصل اليدوي وهي ذات شقين هما : لغة الأبجدية اليدوية أو أبجدية الأصابع ، ولغة الإشارات الوصفية . ومن الطرق المستخدمة في تعليم الصم أيضا ، ما يقوم على المزج والتكامل بين جميع الطرق السابقة ، والعمل على توظيف كل المقدرات والإمكانات الحاسوبية لدى الطفل في التدريب الكلامي وتعلم اللغة ، على أساس أنه كلما زاد عدد الحواس التي يتم استغلالها في عملية التعليم ، وتعددت المدركات الحاسوبية التي يبنى عليها التعلم ، وعوامل الربط بينها ، أمكن استيعاب الصوت وإدراكه وإنتاجه بشكل أفضل ، وساعد على تثبيت ما يتعلمه الطفل ، وتعرف هذه الطريقة بالطريقة المركبة أو التواصل الكلي . وفيما يلي عرض موجز لهذه الطرق .

١ - طريقة التدريب السمعي : Auditory Training

وهي من أقدم طرق تدريب المعوقين سمعيا على اكتساب المهارات الاتصالية

اللغوية ، وتركز على استغلال بقايا السمع لدى الطفل ، والمحافظة عليها وتنميتها واستثمارها ما أمكن ذلك ، عن طريق تدريب الأذن على الاستماع والانتباه السمعي ، وتعويد الطفل ملاحظة الأصوات المختلفة والدقيقة والتمييز بينها ، والإفادة من المعينات السمعية في توصيلها إلى الطفل لإسماعه ما يصدر عن الآخرين ، وكذلك ما يصدر عنه من أصوات ، وتمكينه من إخراجها وتقليدها وتكريرها ، مع تدريبه على تهذيب وتنظيم عملية التنفس ، وعلاج عيوب النطق ، كما تعتمد هذه الطريقة على تشخيص ضعف السمع والتدريب المبكرين عن طريق متخصصين في السمع والتدريب السمعي ، ومشاركة الوالدين في هذه العملية بعد تلقيهما المساعدات الفنية اللازمة في هذا الشأن .

وتلائم تلك الطريقة ضعاف السمع الذين بإمكانهم التقاط بعض الأصوات سواء باستخدام معينات سمعية أم بدونها ، أكثر من أولئك الأطفال الصم الذين لا يسمعون ، ومن ثم لا يمكنهم تقليد الأصوات أو الكلام الصادر عن الآخرين .

ب - طريقة قراءة الشفاه : Lip Reading

ويطلق عليها أحيانا قراءة الكلام Speech Reading وهي تقوم على تدريب الطفل الأصم وتقليل السمع وتوجيه انتباهه إلى الملاحظة البصرية لوجه المتحدث وإيماءاته ، ومراقبة ما يتخذه الفم والشففتان من حركات وأوضاع متباينة أثناء النطق والكلام ، وتبعا لطبيعة الأصوات الصادرة ، وحروف الكلمات المنطوقة ؛ كالمند والضم ، والانطباع والفتح والتدوير وغيرها ، وترجمة هذه الحركات إلى أشكال صوتية بما يساعده على فهم الكلام ، مع الاستعانة بما تعكسه أسارير وجه المتحدث ؛ كالتبسط أو العبوس ، وإيماءاته وتعبيراته في ملء فجوات المعنى التي ربما شعر بها الطفل أثناء عملية المتابعة والملاحظة .

ويذكر فتحى عبد الرحيم وحليم بشاى (١٩٨٠) أن من بين مشكلات هذه الطريقة أن النجاح في إتقانها يفترض مقدما وجود أساس لغوي مناسب ومعرفة بقواعد اللغة ، وثروة لفظية واسعة ، وأن الصم جميعا - وحتى عادي السمع - يفتقرون إلى مواهب قراءة الشفاه ، كما أوضحا أنه يمكن التمييز بين ثلاث طرق تستخدم في التدريب على قراءة الشفاه هي :

١ - طريقة يتم التركيز فيها على أجزاء الكلمة ، حيث يتعلم الطفل نطق الحروف الساكنة

والحروف المتحركة ، ثم يتعلم نطق مجموعة من الحروف المتحركة ، ثم نطق هذه الحروف مع بعض الحروف الساكنة . وهكذا ... وتعرف هذه الطريقة بطريقة الصوتيات .

٢- طريقة لا يتم التركيز فيها على الكلمة أو الجملة ، وإنما تهتم بالوحدة الكلية التى ربما تكون قصة قصيرة ، حتى وإن لم يفهم منها الطفل سوى جزء صغير ، وهى عكس الطريقة السابقة .

٣- طريقة تقوم على إبراز الأصوات المرئية أولاً ، ثم الأصوات المدغمة بعد ذلك .

ويسوق مصطفى فهمى (١٩٨٠ : ١٢٢ - ١٢٤) عدداً من التساؤلات الراجب مراعاتها فى تعليم قراءة الشفافة من بينها ما يلى :

- ١- ربط منطوق الكلمة أو أشكالها الصوتية بمدلولاتها الحسية من خلال الإدراك الحاسى البصرى واللمسى والنشاط الذاتى للطفل ، حتى يكون لها معنى واضحاً فى ذهنه .
- ٢- مراعاة مستوى الطفل ومرحلة نموه ، والبده بالأمر الذى تتصل اتصالاً مباشراً بحياته واحتياجاته الأساسية .

٣- يفضل ألا تزيد المسافة التى تفصل بين المعلم والطفل أثناء التدريب عن خمسة أقدام ، وألا تقل عن قدمين ، حيث يتعذر على الطفل فى حالة الاقتراب التركيز على أعصاب وجه المعلم .

٤- يجب أن يكون الكلام واضحاً تماماً ، وبصوت عالٍ وبنغمة طبيعية ، وبطيئاً نوعاً ما عن الكلام العادى ، كما تكون تعبيرات الوجه وحركات الشفافة واضحة .

٥- يمكن الاكتفاء بأن يقلد الطفل الحركات التى يقوم بها المعلم دون إخراج أى صوت .

٦- مساعدة الطفل أثناء عملية التعليم على التفرقة بين الحروف الساكنة ذات الصور المتشابهة على الشفافة : كالميم والباء ، أو التاء والدال ، أو الجيم والكاف ، من حيث طريقة إخراجها ونطقها .

٧- استخدام المرأة فى التدريب على عملية النطق وتصحيحه ، لمساعدة الطفل على الملاحظة البصرية الدقيقة لحركات الشفتين فى أوضاعها المختلفة ثم تقليدها .

ومن بين الأمور الهامة فى تعليم هذه الطريقة أيضاً :

٨ - مراعاة التدرج فى عملية التعليم من الحروف والكلمات البسيطة ذات المقطع الواحد

وذاً الدلالة الحاسية ، التى يسهل متابعة مخارجها بصرياً ومحاكاتها ، إلى الحروف والكلمات الأكثر صعوبة وتعقيداً وتحريداً ، ومن البطء إلى السرعة .

٩ - ربط الكلمات بما تشير إليه ، وبواقع الطفل ، وبخبراته الحاسية البصرية واللمسية .

١٠ - البدء بالكل ثم تحليله إلى أجزائه ، ثم العودة للكل مرة أخرى .

١١ - تشجيع الطفل على التعلم ، واستثارة دافعيته باستمرار .

جـ - الطريقة اليدوية أو طريقة التواصل اليدوى : Manual Communication

تعد هذه الطريقة ملائمة للأطفال الصم وثقيلو السمع من لا يمكنهم سماع ما يدور من حولهم وفهمه حتى باستخدام المعينات السمعية ، وتهدف مباشرة إلى اكسابهم المهارات التواصلية عن طريق الإبطار ، وذلك من خلال الإشارات والحركات اليدوية الوصفية كبديل عن اللغة اللفظية التى يرى البعض أن استخدامها مع الصم يعد مضيقاً للوقت والجهد لا لزوم لها .

ومن أهم أشكال التواصل اليدوى :

١ - لغة الإشارة Sign Language وهى لغة وصفية ، عبارة عن نظام من الرموز اليدوية أو الحركات المشكّلة أو المصوّرة التى تستخدم فيها حركات الأيدى وتعبيرات الأذرع والأكتاف ، لوصف الكلمات والمفاهيم والأفكار والأحداث التى يستجيب لها الفرد ، أو يرغب فى التعبير عنها .

٢ - هجاء الأصابع Finger Spelling وتقوم هذه الطريقة على التهجى عن طريق تحريك أصابع اليدين فى الهواء وفقاً لحركات منظمة ، وأوضاع معينة تمثل الحروف الأبجدية .

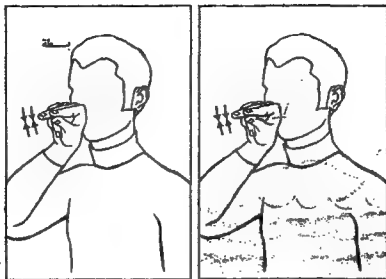
د - طريقة التواصل الكلى Total Communication

نظراً لأنه لا توجد طريقة واحدة تناسب جميع المعوقين سمعياً نتيجة اتساع مدى الفروق الفردية فيما بينهم من حيث درجة الإعاقة وتوقيت اكتشافها ، والاستعدادات الاتصالية التى يتمتعون بها ، والظروف البيئية والأسرية لكل حالة ، ونظراً لأن لكل طريقة مزاياها وعيوبها ، ولحسم الخلافات القائمة بين الذين يتشبهون لأساليب التواصل

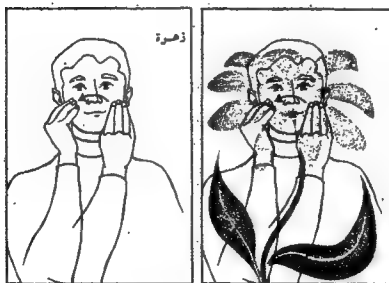
اللفظى والتدريب السمعى من جانب ، وأولئك المتحمسون لطريقة التواصل اليدوى من جانب آخر ، فقد ظهرت الطريقة الكلية التى تعتمد على الإفادة من كافة أساليب التواصل اللفظية واليدوية الممكنة ، وعلى المزج بين توظيف البقايا السمعية - إن وجدت - وقراءة الشفافة ، ولغة الإشارة وأبجدية الأصابع ، بما يتلاءم وطبيعة كل حالة وظروفها ، لتنمية المهارات اللغوية لدى المعوقين سمعيا وكمساهم المهارات التواصلية والتفاعل الإيجابى منذ طفولتهم المبكرة .

وتجدر الإشارة إلى أن استفادة الطفل الأصم أو ضعيف السمع من الطرق سائلة الذكر فى بناء أساس لغوى ، أو فى تنمية مهاراته التواصلية ، تتوقف إلى حد كبير على كل من الاكتشاف والتشخيص والتدخل العلاجى والتعليمى المبكرين أثناء السنوات التكوينية الأولى من عمره ، حيث يزيد هذا الاكتشاف والتدخل المبكر من فرص تكيف الطفل مع نفسه والآخرين ، ومن دافعيته لاكتساب وإتقان المزيد من العادات والمهارات التى تساعد إما على إنتاج الكلام ، أو على تنمية طرق تواصلية بديلة عن الكلام ، يمكنه من خلالها التعبير عن أحاسيسه ومشاعره وأفكاره .

كما أنه من المهم مراعاة الطريقة التعليمية الأكثر ملاءمة لظروف الطفل ودرجة إعاقته ، وبحسب مدى استجابته لهذه الطريقة ، وبصفة مبدئية فإنه يبدو أن طريقة التدريب السمعى اللغوى باستخدام المعينات السمعية المناسبة ، هى الأكثر فاعلية بالنسبة لحالات فقدان السمع الخفيف والمعتدل - ما بين ٥٥ و ٩٠ ديسبل - وأن طريقة التدريب السمعى اللغوى مصحوبة بالتدريب على قراءة الشفافة ، قد تعد أكثر تأثيرا بالنسبة لذوى فقدان السمعى الملحوظ والشديد - ما بين ٩٠ و ١٢٠ ديسبل - بينما تفضل طريقة التواصل الكلى مع المرئنة الكافية فى إمكانية مزجها بحسب الأحوال بطرق أخرى ربما يستجيب إليها الطفل أكثر من غيرها ، وذلك بالنسبة لذوى فقدان السمعى الحاد أو العميق - ٩١ ديسبل فأكثر - الذين لا يمكنهم الاعتماد على سمعهم فى تعلم اللغة والكلام .

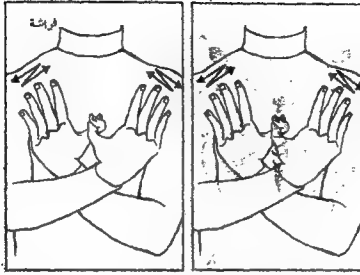


شكل (٩) بطة

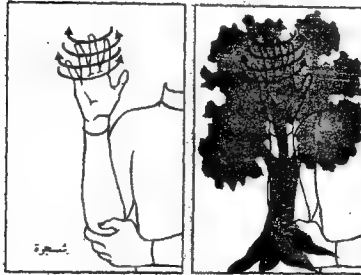


شكل (١٠) زهرة

الأشكال (٩-١٢) توضح لغة الإشارات اليدوية ، وتصور البطاقات نماذج من هذه الإشارات ويشمل كل زوج منها إشارة مرادفة للكلمة أو مفهوم ما ، وصورة للشيء الذي تعبر عنه هذه الكلمة أو ذلك المفهوم .



شكل (١١) فريشة



شكل (١٢) شجرة

وهي نماذج من البطاقات الخاصة بالجمعية الأهلية للصم في الولايات المتحدة الأمريكية
(الأشكال نقلاً من رسالة اليونسكو : أبريل ١٩٧٤) .

الفصل الخامس الإعالة البصرية

مدخل .

مفهوم الإعالة البصرية وتصنيفاتها .

التمريفات القانونية .

التمريفات الوظيفية التربوية .

الجهال البصري ووقائفه .

الأخطاء الانكسارية الناجمة عن الضوء .

أسباب الإعالة البصرية .

التعرف المبكر على الإعالة البصرية وتشخيصها .

- التعرف المبكر .

- قياس القدرة البصرية .

العوامل المؤثرة في شخصية المصعق بصريا .

خصائص المصعقين بصريا .

الوقاية من الإعالة البصرية ورعاية المصعقين

بصرياً .

- الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة .

- الرعاية التربوية والتعليمية .

الرعاية الاجتماعية .

الإعاقة البصرية

مدخل ،

تلعب حاسة البصر دورا عظيما فى حياة الإنسان ، وهى تنفرد دون غيرها من الحواس بنقل بعض جوانب العالم الاجتماعى ومعالم الواقع البيئى للإنسان إلى العقل ، وذلك بما يشتملان عليه من وقائع وأحداث ومعلومات ، وصور ومثيرات حاسية بصرية تتعلق بالهياكل والأشكال ، وتفصيلاتها وخصائصها ، وأوضاعها المكانية فى الفراغ ، ومن ثم الإحساس بها وتشكيل المدركات والمفاهيم البصرية التى تسهم بدورها فى إرساء أساس قوى للنمو العقلى المعرفى لدى الفرد ، وفى تحقيق التفاعل بينه وبيئته التى يعيش فيها بمكوناتها المادية الطبيعية والمصنوعة وغير المادية .

ويعطى الجهاز البصرى الفرد الإنسانى كمية كبيرة وغير محدودة من المعلومات عما يحيط به ، بحيث يمكن اعتبار البصر هو الحاسة المهيمنة عند الانسان ، وقد كشفت نتائج الدراسات العلمية أن الإنسان غالبا ما يكون أميل إلى تصديق مآثره عيناه فى حالة تعارض المعلومات الحاسية ، فإذا أمسكت بمكعب مثلا ، ونظرت إليه من خلال عدسة تقلل من حجمه المرئى ، فإنك تميل إلى تصديق مآثره ، وليس ما تحس به . (ليندا دافيدوف ، ١٩٨٨ : ٢٥٣) كما تقرر "باراجا" (Parraga , 1986) بأنه فضلا عن أن الجزء الأكبر من التعلم العرضى يكتسب عن طريق حاسة البصر ، فإن هذه الحاسة هى التى تقوم بتنظيم الانطباعات الواردة عن طريق بقية الحواس وتنسيقها . لذا .. يعد الكثيرون الحرمان من البصر أسوأ شئ يمكن أن يحدث بالنسبة للإنسان ، فالدور الحيوى الذى يلعبه البصر فى حياته أسمى بكثير مما تؤديه أى من الحواس الأخرى . (مختار حمزه ، ١٩٧٩ : ١٠٩) .

وتؤثر الإعاقة البصرية على الكفاءة الإدراكية للفرد ، حيث يصبح إدراكه للأشياء ناقصا لما يتعلق منها بحاسة البصر ؛ كخصائص الشكل والتركيب ، والحجم والموضع المكانى ، واللون والمسافة ، والعمق والفراغ والحركة . إذ لا يكتفى الإحساس بهذه الخصائص وإدراكها سوى عن طريق الرؤية والملاحظة البصرية التى تكفل للفرد الإدراك الكلى للموقف ، ونظرا لأن الإعاقة البصرية لا تمكن الأعمى من الاستكشاف البصرى لما يحيط به ، لعجزه عن التعامل أساسا مع عالم الصور المرئية ، فإنها تمهد من معرفته بمكونات بيئته ، وتختصر هذه المعرفة فى نطاق ضيق ، كما تُعجزه التالى أو تمهد من

مقدرته فى السيطرة عليها ، وفى التكيف مع مقتضياتها وفى التفاعل معها ، كما تؤثر سلبيا فى قدرته على الاستشارة والتفاعل الوجدانى مع ما تذخر به البيئة من مشيرات ومشاهد بصرية يستحيل على الأعمى التعامل معها ؛ كتدرج ألوان السماء لحظة الغروب ، وتنوع مساحات الخضرة فى الحدائق ، والحركة الدائبة لجموع البشر فى الشوارع والميادين ، وتنوع مظاهر الإبداع المرنى فى أعمال الفنانين .

ويشير فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى (١٩٨٠ : ٥٨٤) إلى أن العميان غالبا ما يعتمدون فى معرفتهم بالصفات المكانية للأشياء على الإدراك اللمسى والملاحظات اللمسية ، مما يترتب عليه أنهم لا يستطيعون سوى ملاحظة الأشياء التى تكون على مقربة منهم فقط ، وتقع فى متناول أيادهم ، وتمكنهم من الاتصال اللمسى المباشر بها ، لذا ... فإن خبرات مثل الشمس وحركتها ، والقمر وتغيره ، والسحب وتكوينها ، والأثقف وأبعاده ، وكذلك الأشياء ضخمة الحجم كالجبال ، ودقيقة الحجم كالخشرات ، والأشياء الرقيقة كالفرشاشات ، والأشياء المتحركة والحية ، والأشياء التى فى ظروف معينة كالاحتراق والغليان مما لا يجعلها قابلة للملاحظة عن طريق اللمس ، تعد جميعا من الأشياء التى تخرج عن نطاق تناول العميان .

كما يذكر سيد خيرالله ولطفى يركات (١٩٦٧ : ١٨) أن حصيلة العميان من المعرفة بالأشياء قد تشمل كل خصائصها إلا ما يتعلق منها بحاسة البصر ، فهم يعرفونها بطعمرها وروائحها وأصواتها وملامسها ، أما ما يتم إدراكه بحاسة البصر ؛ كلون السماء ، أو ومضة البرق ، فلا يمكنهم إدراكه وإذا ما تحدثوا عنه فليس معنى ذلك غالبا أن هذا الحديث " يمثل احساسات تخضع لإدراكهم " ، بل هو مجرد كلمات لاتعنى فى أذهانهم شيئا واضحا جليا .

وهكذا فإنه مع ما للقنوات الحاسية الأخرى ؛ كاللمس والسمع ، من أهمية فى تزويد المعوقين بصريا ببعض الإدراكات والمعلومات المفيدة عن بيئتهم ، إلا أنها لا يمكن أن تغنيهم أو تعوضهم تماما عن فقدان بصرهم .

ولحاسة البصر أهميتها الفائقة فى عمليات التعليم والتعلم داخل القاعات الدراسية ، إذ أن ٨٠٪ من الأعمال والنشاطات المدرسية التى يؤدىها الطفل ، تقوم على نشاط بصرى دقيق ، ومعظم هذا المجهود تتطلبه نشاطات القراءة والكتابة . (أنتونى بيلون ،

١٩٦٦ : ٣٠) ومن المعروف أن عمليات التعليم والتعلم تستلزم استخداما واسعا منتظما ومتكررا للبصر والمهارات البصرية من قبل المتعلم فى القراءة والكتابة ، وما تعوزه من مهارات التنسيق الحاسركى (بين العين واليد خاصة) ، وفى متابعة تعبيرات العلم وحركاته وسلوكه ونشاطاته داخل الفصل ، وما يعرضه من مواد ووسائل تعليمية ، كالرسوم التوضيحية والمصورات والخرائط وماشابه ذلك ، مما يساعد فى توضيح الحقائق المعرفية وتثبيتها لدى المتعلم ، فضلا عن أهمية البصر فى التمييز بين الأشياء ، كالأشكال والألوان والحروف والأرقام . ومن هنا فإن فقدان البصر لدى التلميذ يتطلب استخدام طرق وتقنيات ومواد تعليمية بديلة أخرى ، تكون أكثر تلاؤما مع طبيعة إعاقته من ناحية ، وتساعد على تحقيق معدلات تعلم أكثر فاعلية بالنسبة له من ناحية أخرى .

وتُعجز الإعاقة البصرية الطفل الأعمى وضعيف البصر ، عن ممارسة الكثير من النشاطات والأعمال التى يمارسها الطفل المبصر ، وتؤدى إلى اضطراب حركته ، وقصور قدرته على التنقل ، وعلى التحكم فى بيئته ، وغو شعوره بالخوف وعدم الأمن ، والقلق والتردد والخزر عموما ، وإزاء تعرض نفسه لخبرات خارجية جديدة فى بيئته خصوصا . كما تعوق قدرته على أداء النشاطات اليومية بكفاءة ، وتجعل تعلمه بطيئا لأنه لا يستطيع مجاراة الآخرين وتقليدهم لاسيما فى اكتساب الأنماط والنماذج السلوكية التى تقوم على المحاكاة البصرية .

كما تحد الإعاقة البصرية من فرص اللعب لدى الطفل الأعمى وضعيف البصر ، ومن التعرف على بيئته الخارجية المحيطة به ، واستكشاف مكوناتها ومعالمها ، ومن ثم تضيق فرص تعلمه والاستزادة بالخبرات اللازمة منها ، وذلك نظرا لما تؤدى إليه من قصور فى مهاراته الحركية ، وصعوبات فى تنقله ، وفى إدراكه العلاقات الحيزية ، كالمسافات والاتجاهات المكانية ، ونظرا للقيود البيئية والاجتماعية التى غالبا ماتفرض على حركته . وهكذا فإن الأعمى وضعيف البصر يعيشان فى عالم محدود ضيق تفرضه عليهما آثار عجزهما من جانب ، والاتجاهات الاجتماعية نحوهما من جانب آخر .

وتؤدى الإعاقة البصرية إلى تأثيرات سلبية على مفهوم الفرد عن ذاته ، وعلى صحته النفسية ، وربما أدت بالأعمى وضعيف البصر إلى سوء التكيف الشخصى والاجتماعى ، والاضطراب النفسى ، نتيجة الشعور بالعجز والدونية ، والإحباط والتوتر

وفقدان الشعور بالطمأنينة والأمن ، ونتيجة لآثار الاتجاهات الاجتماعية السالبة ؛ كالإشفاق والحماية الزائدة ، والتجاهل والإهمال ، مما يسهم فى تصاعد شعورهم بالعجز والقصور والاختلاف عن الآخرين . ويشير كتسفورث Cutsfort (١٩٥١) إلى أنه بالرغم من أن العمى قد يجعل الحياة أكثر صعوبة ، فإن حقيقة فقد البصر فى حد ذاتها - كحالة جسمية - لا تفسر مايلقاه المعوق بصريا من صعوبات جسمية واجتماعية ونفسية ، وذلك لأن العامل الأكبر أهمية ، يكمن فى الفرد ذاته ، وفى علاقته بالمجتمع واتجاهاته نحوه . (فتحي عبد الرحيم وحليم بشاى ، ١٩٨٠ : ١١٤) .

مفهوم الإعاقة البصرية وتصنيفاتها

المعوقون بصريا Visually Handicapped مصطلح عام يشير إلى درجات متفاوتة من فقدان البصر ، تتراوح بين حالات العمى الكلى Totally Blind عن لا يملكون الإحساس بالضوء ولا يرون شيئا على الإطلاق ، ويتعين عليهم الاعتماد كلية على حواسهم الأخرى تماما فى حياتهم اليومية وتعلمهم ، وحالات الإعاقة أو الإبطاء الجزئى Partially Sighted التى تتفاوت مقدرات أصحابها على التمييز البصرى للأشياء المرئية ، ويمكنهم الاستفادة من بقايا بصرهم مهما كانت درجاتها فى التوجه والحركة ، وعمليات التعلم المدرسى سواء باستخدام المعينات البصرية أم بدونها .

وتستخدم فى اللغة العربية ألفاظ كثيرة للدلالة على الشخص الذى فقد بصره ؛ كالأعمى ، والأكمه ، والأعمه ، والضرير ، والكفيف . وكلمة الأعمى أصل مادتها " العماء " والعماء هو الضلالة ، ويقال العمى فى فقد البصر أو ذهابه أصلا ، وفى فقد البصيرة مجازا ، أما كلمة الأكمه فمأخوذة من " الكمه " وهى العمى الذى يحدث قبل الميلاد ، ويشار بها إلى من يولد أعمى .

وأصل مادة كلمة الأعمه " العَمَة " وتعنى فى لسان العرب التحير والتردد ، ويُقال العمه فى افتقاد البصر والبصيرة ، بينما كلمة الضرير مأخوذة من "الضُرَّ" وهو سوء الحال إما فى نفس الشخص أو فى بدنه ، والضرارة هى العمى . أما كلمة الكفيف فأصلها من "الكف" ومعناه المنع ، والكفيف أو المكفوف هو من كُفَّ بصره أى عمى . (سيد خيرالله ولطفى بركات ، ١٩٦٧ : ٧-٨) .

وقد ورد لفظاً الأَكْمَه والأَعْمَى فى بعض آيات القرآن الكريم ومنها على سبيل الذكر : " وَتَبَرَّى الْأَكْمَهَ وَالْأَبْرَصَ بِإِذْنِي " (سورة المائدة : الآية ١١٠) ، " لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرَجٌ " (سورة النور : الآية ٦١) ، " وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكاً ، وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى * قَالَ رَبِّ لِمَ حَشَرْتَنِي أَعْمَى وَقَدْ كُنْتُ بَصِيرًا " (سورة طه : الآيات ١٢٤ ، ١٢٥) لذا .. سوف نستخدم كلمة الأكمه فى معرض الحديث عن ولد فاقدًا لبصره ، وكلمة الأعمى وضعيف البصر - بحسب الأحوال - فى بقية المواضع .

أولاً : التعريفات القانونية :

يهدف هذا النوع من التعريفات إلى تحديد مدى أهلية الأفراد الذين يشملهم التعريف للحصول على التسهيلات والحقوق والضمانات المدنية التى يكفلها لهم القانون كمواطنين ، مثل الخدمات الصحية والطبية والتعليمية ، والاجتماعية والتأهيلية والتشغيلية والدعم المادى .. وغيرها .

١ - الأعمى : Blind

من أكثر تعريفاته شيوعاً ما ينص على أن الشخص يعد أعمى إذا ما كانت حدة إبصاره المركزية تساوى - أو تقل عن - $\frac{٢٠}{١٠٠}$ قدماً (أى $\frac{٦}{١٠٠}$ متر) فى أقوى العينين ، وذلك بعد محاولات تحسينها أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة لها باستخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة ، أو هو من لديه حدة إبصار مركزي تزيد عن $\frac{٢٠}{١٠٠}$ قدماً ، لكن يضيق أو يتحدد مجال إبصاره بحيث لا يتعدى أوسع قطر لهذا المجال $\frac{٢٠}{١٠٠}$ درجة بالنسبة لأحسن العينين .

ويتضح لنا من التعريف السابق أنه يحدد العمى فى إطار مفهومين هما : حدة الإبصار Visual Acuity وتعنى مقدرة المرء على رؤية الأشياء و تمييز خصائصها وتفصيلها ، ومجال الرؤية Field of Vision وهو المحيط الذى يمكن للإنسان الإبصار فى حدوده ، دون أن يغير فى اتجاه رؤيته أو تحديقه . كما يتبين من التعريف أن الشخص الأعمى هو من يرى على مسافة ٢٠ قدماً (ستة أمتار) ما يراه الشخص المبصر على مسافة ٢٠٠ قدماً (أى ستون متراً) .

ب- ضعف البصر او المبصرين جزئيا : Partially Sighted

وهم من تتراوح حدة إبصارهم المركزية بين $\frac{٢٠}{٧٠}$ ($\frac{٦}{٢٠}$ مترا) و $\frac{٢٠}{٦٠}$ ($\frac{٢٠}{٦٠}$ متراً) فى أقوى العينين ، وذلك بعد إجراء التصحيحات الطبية اللازمة بالنظارات أو العدسات اللاصقة .

ثانياً : التعريفات الوظيفية التربوية :

يذهب التربويون إلى أن الكسور الاعتيادية سالفة الذكر - مع أهميتها من حيث الأغراض الإدارية ، وكفالة حقوق المعوقين بصريا - لاتعنى الشئ الكثير بالنسبة لهم من حيث الأغراض التعليمية والتربوية ، فحدة الإبصار وزاويته ربما تكونا مؤشرا ضروريا وهاما على الإعاقة البصرية ، إلا أنه ليس كافيا للتنبؤ الدقيق بالأداء الوظيفي فى النواحي التعليمية للمعوقين بصريا ، وعلى مدى إفادتهم من بقايا البصر لديهم - مهما كانت محدودة - فى التعامل مع المواد والوسائل والمواقف التعليمية .

كما يؤكدون على أنه ربما يكون هناك عدد محدود - ممن يُعدون عميانا طبقا للتعريف القانوني - يعيشون فى ظلمة تامة ولا يرون شيئا حقيقة ، إلا أن غالبية من يشملهم هذا التعريف يستطيعون الرؤية بدرجات متفاوتة ربما يكون بعضها ضعيف جدا ، ومع ذلك فإن وضعهم ضمن فئة العميان يوحى بأنهم كمن لا يرون شيئا بالفعل سواء بسواء ، وهو ما يستوجب صياغة تعريفات وظيفية تحدد على نحو واقعى من الذين يعدون عميانا بالفعل ، ومن الذين يعدون ضعاف بصر من هؤلاء وفقا للأغراض التعليمية ، بحيث يكون فى الاعتبار درجة تأثير الإعاقة البصرية على تعليمهم وتربيتهم ، وما تفرضه هذه الدرجة من إملاءات وضرورات من حيث البرامج والطرق والمواد التعليمية ، وذلك حتى يمكن تحديد الخدمات التعليمية اللازمة لهم بشكل واقعى دقيق ، وتحقيق تعليم أكثر فاعلية بالنسبة لهم .

وتتداخل التعريفات التربوية بين تعريفات كلية مجملة من أمثلتها التعريف الذى يرى أن الأعمى هو كل من يعجز عن استخدام عينيه فى الحصول على المعرفة ، وتعريفات أخرى أكثر تفصيلاً ، كالتعريف الذى سنسوقه فيما بعد . وعادة ما يميز التربويون إجرائيا بين فئات مختلفة من المعوقين بصريا تبعا لدرجة الإعاقة وتأثيرها على استعداداتهم للتعليم ، وما تستلزمه من اتباع طرق أو استخدام مواد تعليمية معينة ، ومن بين هذه

الفئات ما تضمنه التصنيف التالى :

1 - العميان : Blind وتشمل هذه الفئة العميان كليا Totally Blind ممن يعيشون فى

ظلمة تامة ولا يرون شيئا ، والأشخاص الذين يرون الضوء فقط Light Perception ، والذين يرون الضوء ، ويمكنهم تحديد مسقطه Light Projection ، والأشخاص الذين يرون الأشياء دون تمييز كامل لها Form Projection ، وأولئك الذين يستطيعون عد أصابع اليد عند تقريبها من أعينهم Finger Count ، وهؤلاء الأشخاص جميعا يعتمدون فى تعليمهم على طريقة " برايل " كوسيلة للقراءة والكتابة .

ب - العميان وظيفيا Functionally Blind : وهم الأشخاص الذين توجد لديهم بقايا بصرية يمكنهم الاستفادة منها فى مهارات التوجه والحركة ، ولكنها لا تفى بمتطلبات تعليمهم القراءة والكتابة بالخط العادى ، فتظل طريقة " برايل " هى وسيلتهم الرئيسة فى تعلم القراءة والكتابة .

ج - ضعاف البصر Low Vision Individuals : وهم من يتمكنون بصريا من القراءة والكتابة بالخط العادى سواء عن طريق استخدام المعينات البصرية ، كالمكبرات والنظارات ، أم بدونها (ناصر الموسى : ١٩٩٢ : ٧) .

وهكذا يمكن التمييز - طبقا للأغراض التعليمية والتربوية - بين طائفتين من المعوقين بصريا ، إحداهما العميان وهم من تحتمّ حالاتهم استخدام طريقة " برايل " فى القراءة والكتابة ، وكذلك الطرق السمعية والشفوية ، كالتسجيلات الصوتية ، والكتب المسجلة على أشرطة مسموعة ، والأخرى هى ضعاف البصر أو المبصرون جزئيا وهم أولئك الذين لديهم من البقايا البصرية ما يمكنهم من استقلالها فى قراءة المواد المطبوعة بأحرف كبيرة الحجم ، أو الكتب العادية مع الاستعانة بالمعينات البصرية أو الأجهزة المكبرة للأحرف .

ومن الجدير بالذكر أن الإعاقة البصرية قد تكون خلقية ولادية ، وقد تكون طارئة على حياة الفرد ، أى تحدث فى وقت لاحق منها بعد ولادته ، وكما هو الحال بالنسبة للفقدان السمعى ، فإن الطفل الذى يفقد إبصاره فى طفولته المبكرة وقبل سن تتراوح بين الخامسة والسابعة يتساقى إلى حد بعيد مع الذى ولد أعمى أو أكمه ، لأن الصور والذكريات البصرية تقبل إلى التلاشى التدريجى ثم الاختفاء شيئا فشيئا من ذاكرته ومخيلته بمرور

الوقت ، ولا يمكن أن يُعوَّل عليها في تدريبه أو تعليمه . أما أولئك الذين يفقدون إبصارهم كلياً أم جزئياً بعد سن الخامسة أو السابعة فإنهم يحتفظون بأساس نشيط من المعلومات والأفكار في ذاكرتهم البصرية عن العالم المحيط بهم يمكن الاستفادة به في تعليمهم . وبالطبع فإنه كلما كان العمر الزمني الذي تحدث فيه الإعاقة البصرية أكثر تأخراً ، كانت الصور والخبرات البصرية التي اختزنها الطفل في ذاكرته ؛ كالألوان والأشجار ، وتصميمات المباني والسيارات والشوارع وأشكال الجبال والحشرات والأنهار ، أكثر فاعلية بالنسبة له ، حيث يسهل عليه استعادتها والاستفادة بها .

الجهال البصري ووظائفه

يمثل الجهاز البصري نظاماً معقداً ، فهو يتكون من عدة أجزاء متداخلة مترابطة يؤدي الخلل في واحد منها إلى تعطيل بقية الأجزاء ، والعين عبارة عن عضو حي يتألف ويحتوى على أغشية وأعصاب وأوعية دموية وعضلات ، وهي تأخذ شكلاً كروياً ، وتعمل بطريقة ميكانيكية شبيهة بطريقة آلة التصوير الفوتوغرافي (الكاميرا) وإن كانت أكثر تعقيداً من تلك الآلة . فالصورة تلتقط وتتركز في كلتا الخانتين - العين والكاميرا - بواسطة العدسة ، كما أن كمية الضوء التي تدخل عبر الفتحة الأمامية - البؤبؤ في حالة العين - تكون قابلة للتكيف ، نظراً لقابلية هذه الفتحة للاتساع كلما كانت الإضاءة خافتة ضعيفة ، وذلك لإدخال أكبر قدر ممكن من الضوء ، وقابليتها أيضاً للضييق كلما اشتدت درجة الإضاءة ، وذلك للحد من كمية الضوء الذي يدخل إلى العين .

ويتكون الجهاز البصري من أجزاء خارجية وأخرى داخلية ، وتشمل الأجزاء الخارجية التجويف العظمي الذي يحتوى كرة العين ، والحاجب ، وأهداب الجفن ، والجفن ، والدموع الواقية للعين مما قد يتعرض له من أذى أو ضرر .

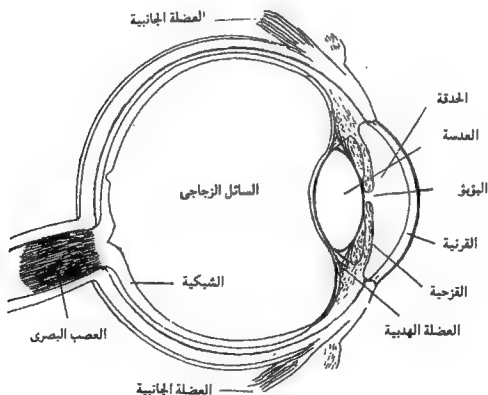
أما الأجزاء الداخلية - كما يتضح من الشكل (١٣) فتشمل مكونات كرة العين ذاتها ؛ كالقرنية والعدسة والقزحية ، إضافة إلى العصب البصري والألياف العصبية ، والحلايا البصرية اللحائية بقشرة المخ . وتنقسم مقلة العين من الداخل إلى قسمين أولهما : خزانة أمامية تقع بين القرنية والقزحية ، وتحتوى على سائل مائي رقيق Aqueous يتم

إفرازه بواسطة الجسم الهدبي Ciliary Body ، وثانيهما : غرفة كبيرة تقع خلف العدسة مباشرة ، وتحتوى على مادة هلامية شفافة تساعد على حفظ شكل العين ، وتسمى بالسائل الزجاجي Vitreous Fluid .

وتحتوى كرة العين على عدة أجزاء أساسية من بينها :

١- القزنية Cornea : هى عبارة عن نسيج أو غلاف شفاف يحمى العين ، وتعد بمثابة نافذة أمامية للعين على العالم الخارجى ، حيث تقوم بتجميع وتركيز الأشعة الضوئية الداخلة إلى العين ، والمنعكسة من الأجسام المرئية ، ثم إرسالها إلى السطح الداخلى الخلفى المبطن للعين والمسمى بالشبكية .

٢- إنسان العين (البؤبؤ Pupil) : وهى فتحة تبدو كبقعة مستديرة سوداء فى مركز القزحية ، وتقع قبل العدسة ، وهى تتسع وتضيق تبعا لضعف الضوء النافذ إليها أو شدته .



شكل (١٣) تركيب العين

٣- العدسة Lens : تقع خلف فتحة البؤبؤ مباشرة ، وخلف القرنية بمسافة قصيرة ، ويفصل بينهما السائل المائي الرقيق . وهي تتعلق بأربطة يمكن شدّها وإرخاؤها عن طريق عضلات دقيقة على جوانب العين ، ويتغير شكلها ووضعها تبعاً لمدى الرؤية من أجل تركيز الأشياء المرئية على شبكية العين ، حيث تصبح سمكة عند الرؤية من قرب ، ومسطحة رقيقة عند الرؤية من بعد ، أو عندما تكون فى حالة راحة واسترخاء ، وتفقد مرونتها هذه كلما تقدم بنا العمر الزمنى .

٤- القزحية Iris : هى عبارة عن قرص ملون يحجب العدسة بصورة جزئية . كما يتحكم فى مدى اتساع الفتحة التى ينفذ منها الضوء إلى العدسة (حجم البؤبؤ) .

٥- الشبكية Retina : هى السطح الداخلى الخلفى المبطن لكرة العين من الداخل ، ووظيفتها أشبه ما تكون بوظيفة الفيلم الحساس (النيجاتيف) فى آلة التصوير ، بيد أن صورة الجسم المرئى لا تنطبع عليها أو تلتصق بها ، وإنما سرعان ما ترتد فى الاتجاه العاكس ، ولذا نحن نرى صوراً بصرية مستمرة ومتلاحقة . وتذكر "ليندا دافيدوف" (١٩٨٨ : ٢٥٥) أنه بسبب نشاط العين الذى لا ينقطع ، تتكون صور شبكية معدل يتراوح بين ثلاث وخمس مرات تقريباً فى الثانية الواحدة .

وتتأثر الصور البصرية على الشبكية مقبولة من أعلى إلى أسفل ، ومعكوسة من اليمين إلى اليسار . وتتكون الشبكية من طبقات عديدة من الخلايا العصبية Rods والمخروطية Cones التى تعمل كمستقبلات للضوء المرئى ، كما تشمل على نيورونات حاسية . وتستثير الخلايا العصبية والمخروطية فى حالة الرؤية الكافية للمثيرات البصرية ، نبضات عصبية تنتقل بدورها إلى النيورونات الحاسية بالشبكية لتصل إلى العصب البصرى ، الذى ينقلها عبر مسارات معينة إلى المخ ، حتى تصل إلى مناطق معينة من اللحاء (القشرة المخية) ، فتقوم الخلايا البصرية اللحائية بتحليل المعلومات البصرية الواردة ، واكتشاف معناها ، أى تحويل الإشارات والمعطيات والإحساسات الضوئية أو البصرية إلى مفاهيم وخبرات ذات معنى محددة .

وهكذا فإن لكل جزء من مكونات العين دوره ووظيفته ، ويتخذ الأداء الوظيفى لهذه الأجزاء خطوات متسلسلة مترابطة ، حيث تنفذ الأشعة الضوئية عبر قرنية العين التى تقوم بكسرها ، ثم تنفذ خلال السائل المائى فتتكسر مرة أخرى لتمر بعد ذلك من فتحة البؤبؤ

التي تتكيف تبعاً لشدتها أو ضعفها ، حتى تتلقاها العدسة فتقوم بتنقيتها وبأورثتها للحصول على رؤية أكثر وضوحاً ونقاءً ، ثم تنتقل الأشعة الضوئية عبر السائل الزجاجي إلى الشبكية ، ثم إلى العصب البصري خلال الألياف العصبية ، حتى تصل إلى المركز العصبى بالمخ ، وتقوم الخلايا البصرية اللحائية بتحليلها وتفسيرها .

الأخطاء الانكسارية الناجمة عن الضوء :

تنتج بعض المشكلات والاضطرابات البصرية التي تشيع بين الأطفال خاصة ، عن أخطاء في انكسار أشعة الضوء نتيجة لنشوء أو عدم انتظام تركيب القرنية أو عدسة العين ، مما يؤدي إلى الاختلال الوظيفي لهما ويؤثر بالتالي على حدة الرؤية المركزية . ومن بين هذه الأخطاء طول النظر ، وقصره ، والجلوكوما ، واللابؤرية (الاستجماتزم) ، وعُتمة عدسة العين (الكتاركت) ، ويمكن مواجهة هذه المشكلات والاضطرابات بالوسائل العلاجية المناسبة ، كالجراحات والتدريب البصري ، واستعمال النظارات أو العدسات اللاصقة .

1 - قصر النظر Myopia :

وينتج عن كبر حجم كرة العين بشكل غير مألوف ، مما يترتب عليه تركز أو تجمع الأشعة الضوئية المنعكسة داخل العين ذاتها وقبل وصولها إلى الشبكية ، بدلاً من التركز عليها ، ويؤدي ذلك إلى عدم وضوح الأشياء التي ترى من مسافات بعيدة ، بينما تبدو صور الأشياء التي ترى من مسافات قريبة أكثر وضوحاً ، وذلك لأن الأشعة الضوئية المنعكسة من أجسام هذه الأشياء تدخل العين متباعدة ، وبعد انكسارها خلال مرورها بالقرنية والعدسة يمكن أن تتجمع على الشبكية .

ب- طول النظر Hyperopia :

وينتج عن صغر حجم كرة العين بشكل غير عادي ، حيث يتمركز الضوء خلف الشبكية وليس عليها ، ويؤدي ذلك إلى عكس الحالة السابقة إذ تبدو الأشياء القريبة أقل وضوحاً ، بينما تبدو الأشياء البعيدة أكثر وضوحاً .

ج- اللابؤرية (الاستجماتزم Astigmatism) :

وهي خطأ انكساري ينتج عن اختلاف نظام انحناء أسطح العين أو عدم انتظام تقوس

القرنية ، مما يؤدي إلى تشتت الأشعة المنعكسة من الجسم المرئي فى نقطتين مختلفتين ، بدلا من تجميعها فى بؤرة واحدة لاختلاف الأسطح الانكسارية بالعين ، ومن ثم لا تكون صورة واضحة للجسم على الشبكية ، وإنما يغلب عليها الاضطراب (زغللة) .

د - ارتفاع ضغط العين (الجلوكوما Glaucoma) :

هى عبارة عن حالة من ازدياد الإفراز فى الرطوبة المائية فى العين مع عدم أضعف تصريفها ، وينتج عنها ارتفاع الضغط العادى على كرة العين ، وقد تتطور هذه الحالة بفعل تزايد الضغط إلى عدم وصول الدم إلى العصب البصرى ، وانفصال الشبكية وحدوث العمى . ويمكن أن تكون هذه الحالة ولادية أو بعد ولادية ، كما قد تحدث بصورة تدريجية أو مفاجئة .

هـ - عتمة عدسة العين Cataract :

ينشأ تعتم العدسة أو فقد شفافيتها عن وجود سحابة تغطيتها ، مما يترتب عليه ضعف قوة الإبصار وعدم تمييز الألوان بحسب درجة العتامة .

الاضطرابات البصرية الناتجة من الخلل فى عضلات العين :

توجد بعض الاضطرابات البصرية الأخرى التى ترجع إلى عدم التوازن فى عضلات العين من بينها :

١ - الهول Strabismus :

الذى يحدث نتيجة عدم التنسيق أو التأخر بين عضلات العين ، ومن ثم لا تستطيع العينان العمل والتركيز معا على شكل مرئى واحد فى الوقت ذاته ، ومن أشكال الهول أيضا ما يطلق عليه Heterotropia ويتمثل فى الانحراف الشديد فى العينين عن وضعهما الطبيعى بحيث يستحيل عليهما الرؤية الموحدة للشكل المرئى معا ، حيث يفقدان المقدرة على مزج الصورة على الشبكية ، فترى الشكل الواحد مزدوجا .

وفضلا عن أن الوظيفة الكبرى لاستخدام كلتا العينين هى الرؤية المجسمة التى تساعد على معرفة العمق والأبعاد الثلاثة ، مما يستلزم تدريب الطفل على استخدام كلتا العينين معا فى آن واحد ، فإن التباطؤ فى علاج هذه الحالة يؤدي إلى فقد الرؤية فى العين

المصابة بالحوول ، ومن ثم يجب البدء فى علاج الحول وتصحيحه بمجرد ملاحظته ، وقبل دخول الطفل المدرسة . (انتونى بيلون ، ١٩٦٦ : ٣٩ - ٤١) .

ب- اهتزاز مقلة العين Nystagmus :

تبدو هذه الحالة فى التعذب السريـع والرعشة اللاإرادية فى مقلة العين مصحوبة بضعف فى الرؤية المركزية ، مما يؤثر سلبيا فى مقدرة الطفل على القراءة .

أسباب الإعاقة البصرية :

ينشأ فقد البصر وما يعانیه الفرد من مشكلات وقصور فى الأداء الوظيفى البصرى ، عن خلل أو تشوه فى تركيب العين أو عيوب فى الجهاز البصرى ، نتيجة أسباب خارجية تتعلق بكرة العين ذاتها وتشمل عيوب الطبقات والأجزاء المكونة لها ، كالطبقة القرنية والشبكية والعدسة ، أو أسباب داخلية وتشمل تلف العصب البصرى وتعذر وصول الإحساسات البصرية إلى المراكز الحاسية بالمخ ، أو تلف هذه المراكز العصبية البصرية ذاتها فتصبح عاجزة عن تلقى الإحساس البصرى أصلا .

وغالبا ما ترجع الإعاقة البصرية إما إلى عوامل وراثية أو عوامل بيئية أو إلى أسباب مجهولة المصدر . أما من حيث زمن حدوثها فقد تكون أثناء الحمل أو الولادة أو بعدها . وتمثل العوامل الوراثية فى حالات عديدة من بينها حالات التهاب الشبكية الوراثى Retinitis Pigmentosa الذى يؤدى إلى ضيق مجال الرؤية وصعوبة تمييز الأشياء فى الأماكن ضعيفة الإضاءة ، وحالات عتمة عدسة العين (المياه البيضاء Cataracts) وحالات الجلوكوما الخلقية (المياه الزرقاء Glaucoma) .

ومن العوامل البيئية المسببة للإعاقة البصرية إصابة الأم الحامل بالحصبه الألمانية والزهرى لاسيما فى الثلث الأول من فترة الحمل ، مما يؤدى إلى تلف ألياف وأنسجة بعض الأجهزة الحاسية التى من بينها الجهاز الحاسى البصرى، ومنها إصابة الفرد ببعض الأمراض التى تؤثر مباشرة على أجزاء العين والجهاز البصرى ، كالمقلة والقرنية والعدسة ، والشبكية والعصب البصرى ، مثل مرض الزهرى والسكر والرمد ، ومنها أيضا نقصان الأكسجين اللازم للأطفال المتسررين الذين يولدون قبل موعد ميلادهم الطبيعى ، وتعرض الفرد لبعض الإصابات نتيجة الحوادث كالمفرقات والانتفجارات .

التعرف المبكر على الإعاقة البصرية وتشخيصها وتبسيطها

التعرف المبكر :

سبقت الإشارة في مواضع أخرى من هذا الكتاب إلى أهمية التعرف والتدخل العلاجي المبكرين ، لما لهما من أهمية في حل كثير من المشكلات المرتبطة بالإعاقة عموماً ، والحد من الآثار المترتبة عليها . كما سبقت الإشارة إلى أن الحالات الحادة والشديدة من الإعاقة قد لا تستلزم جهداً كبيراً في تشخيصها ، بيد أن الحالات البسيطة والمتوسطة ، كحالات ضعف الإبصار ، والمتعلقة بمجال الإبصار أو بقصر النظر مثلاً ، تحتاج إلى إجراءات وترتيبات خاصة للكشف عنها سواء من خلال الفحوص الطبية للأطفال عموماً قبل سن المدرسة ، أم عن طريق الفحوص الطبية الدورية المنتظمة خلال سنى الدراسة بالمراحل التعليمية المختلفة ، لا سيما بالنسبة للأطفال الذين يواجهون مشكلات تعليمية ويعانون من التخلف الدراسي ، وذلك حتى يتسنى تأمين أوجه الرعاية الصحية والطبية ، والتعليمية والتربوية اللازمة لهم في سن مبكرة قدر الإمكان ، والعناية بالعينين ، وتهيئة المواقف والظروف التي من شأنها ضمان المحافظة على بقايا الإبصار التي يتمتع بها الطفل ، دون تعريضه إلى ما قد يجعل عينيه في حالة أسوأ مما هي عليه .

وغالباً ما يكون للأباء والمعلمين والزاثرات الصحيات والطبيب المدرسي للعيون دوراً مهماً في هذا الصدد من خلال عملية المتابعة والملاحظة الدقيقة لحالات الأطفال . ومن بين الدلائل والمؤشرات التي تكشف لنا عن احتمال وجود اضطرابات أو مشكلات بصرية لدى الطفل ، وينبئ على الوالدين والمعلمين ملاحظتها في سلوك الأطفال مايلي :

أولاً : أعراض سلوكية تتمثل في قيام الطفل بكل من :

أ - فرك العينين ، ودعكهما بصورة مستمرة .

ب- إغلاق أو حجب إحدى العينين ، وفتح الأخرى بشكل متكرر .

ج- تحريك رأسه ومدّها إلى الأمام بطريقة ملفتة للانتباه ، كلما أراد النظر إلى الأشياء القريبة أو البعيدة .

د- مواجهة صعوبات في القراءة ، أو في القيام بأى عمل يحتاج إلى استخدام العينين عن قرب .

هـ - وضع المواد المطبوعة قريباً جداً من العينين لدى محاولة قراءتها .

و - فتح العينين وإغماضهما بسرعة وبشكل لإرادي وبصورة مستمرة.

ز - صعوبة رؤية الأشياء البعيدة بوضوح .

ح- تقطيب الحاجبين ثم النظر إلى الأشياء بعينين شبه مغمضتين .

ط- كثرة التعرض للسقوط والاصطدام بالأشياء الموجودة في المجال الحركي والبصرى للطفل .

ي- البطء والخوف والحذر الشديد عند ممارسة بعض النشاطات الحركية الضرورية اليومية ، كالمشي أو الجرى ، أو نزول الدرج وصعوده .

ثانيا : أعراض مظهرية خاصة بالشكل الخارجي للعين وتتمثل في :

أ- وجود حَوَل في العين .

ب- احمرار الجفنين وانتفاخهما .

ج- التهابات المتكررة للعين .

د- إفراز الدموع بكميات غير عادية .

ثالثا : شكوى الطفل بصورة مستمرة مما يلي :

أ - حرقان شديد ومستمر في العينين يؤدي إلى فركهما .

ب- صداع ودوار يعقب مباشرة أداء أى عمل يحتاج إلى الرؤية عن قرب .

ج- عدم المقدرة على رؤية الأشياء بوضوح ولومن مسافة قريبة بحيث تبدو الأشياء كما لو كانت ملهدة بالقيوم أو الضباب .

د- عدم المقدرة على التمييز البصرى بين الأشياء .

هـ - رؤية صور الأشياء مزدوجة .

قياس المقدرة البصرية :

لايتوقف أمر تشخيص الإعاقاة البصرية عند مجرد التعرف على الدلائل أو الأعراض سالفة الذكر ، وإنما يجب إحالة الطفل بعد ملاحظة ظهورها عليه إلى المختصين لفحص الإبصار بشكل أكثر دقة ، كطبيب العيون Ophthalmologist لإجراء الفحوص الطبية واتخاذ مايلزم اتخاذه من إجراءات كالجراحة ووصف بعض العقاقير أو النظارة الطبية ،

E	1
F P	2
T O Z	3
L P E D	4
P E C F D	5
E D F C Z P	6
F E L O P Z D	7
D E F P O T E C	8
L E F O D P C T	9
F D P L T C E O	10
P E Z O L C F T D	11

شكل (١٤) لوحة سينلين لقياس حدة الإبصار

أر إخصائي قياس الإبصار Optometrist لتحديد درجة الإبصار ووصف النظارة الطبية اللازمة ، وإجراء التدريبات التصحيحية والبصرية . ويمكن للمعلمين استخدام بعض الطرق والاختبارات التي يستخدمها الأطباء وإخصائيو قياس البصر للكشف عن حدة الإبصار لدى الأطفال والتلاميذ في حالة تدريبهم على ذلك .

ومن أمثلة هذه الطرق والاختبارات مايلي :



شكل (١٥) لوحة قياس حدة إبصار

١ - لوحة " سينلين " Snellen Chart :

وتتكون هذه اللوحة من قائمة صفوف أو سطور من الحروف الهجائية متدرجة الحجم من أعلى إلى أسفل حيث تبدأ الحروف في أعلى القائمة كبيرة ، وتأخذ في الصغر تدريجياً حتى تنتهي إلى أقل حجم ممكن في أسفلها . ولهذه اللوحة تصميمات أخرى بالكيفية نفسها تتضمن أشكالاً أو حروفاً معينة ، كالحرف الإنجليزي " E " بحيث يطلب إلى المفحوص أن يشير إلى اتجاه أرجل هذا الحرف في كل حالة من حالات حجمه على اللوحة .

وفى كلا النوعين فإن حجم كل صنف يطابق حدة الإبصار من مسافة معينة . ويستخدم النوع الأول مع الأفراد القادرين على القراءة ، بينما يستخدم النوع الثانى (حرف E) إما مع صغار الأطفال ، أو مع الأفراد الذين لا يستطيعون القراءة .

ويعبر عن حدة الإبصار فى صورة كسر اعتيادى يمثل قيمة البسط فيه المسافة بالأقدام بين المفحوص واللوحه ، وقيمة مقامه البعد بالأقدام الذى يمكن للشخص أن يرى الحرف أو العلامة عنده . والمعتاد أن يقف المفحوص بداية على مسافة ٢٠ قدما (ستة أمتار) من اللوحه ، وتفحص عين واحدة ، ثم العينين معا ، فإذا ما أمكنه قراءة الحروف - فى النوع الأول - أو تحديد اتجاه أرجل الحرف " E " - فى النوع الثانى - بالسطر المطابق لهذه المسافة ، تكون حدة إبصاره المركزية أى رؤيته للمسافات البعيدة تساوى $\frac{20}{6}$ قدما ($\frac{6}{1}$ متر) ويعنى ذلك أنه يستطيع أن يرى من على بعد عشرين قدما ، ما يستطيع أن يراه الشخص المبصر العادى من على البعد نفسه . أما إذا استطاع وهو يقف على بعد عشرين قدما من اللوحه أن يقرأ أو يرى الحروف التى يراها العادى على بعد ١٥ قدما ، فإن حدة إبصاره المركزية تكون فى هذه الحالة $\frac{20}{15}$ قدما ، وهى درجة إبصار أعلى من المتوسط العام . وإذا لم يستطع أن يقرأ أو يميز اتجاه الحروف إلا فى الصف المقابل لسبعين قدما (يعنى ما يراه العادى على بعد ٧٠ قدما) تكون حدة إبصاره $\frac{20}{70}$ قدما ويعد فى هذه الحالة معوق بصريا مما يستوجب إحالته لطبيب العيون .

ومع انتشار لوحه " سينلين " على نطاق واسع فى قياس حدة الإبصار ، نظرا لسهولة استخدامها إلا أن هناك شبه إجماع أو اتفاق بين الباحثين على أنها تقتصر على مجرد قياس الحدة العامة للإبصار بالنسبة للأشياء من مسافات بعيدة ومن نقطة مركزية Central Vision ، والكشف عن قصر النظر Myopia ، ومن ثم فهى لاتصلح للتنبؤ بمقدرة الطفل على قراءة المواد المطبوعة التى تستلزم الرؤية من مسافات قريبة ، كما أنها لاتفيد فى الكشف عن بعض المشكلات البصرية الأخرى مما ورد ذكره قبل قليل من هذا الموضوع ؛ كطول النظر أو الحول ، أو اللابؤرية (الاستجماتزم) .

ب- مقياس " باراجا " للكفاءة البصرية :

تتطلب المواد والأنشطة التعليمية والتربوية ، كالقراءة والكتابة درجة من الفاعلية البصرية فى رؤية المواد المطبوعة عن قرب . لذا .. طورت " ن . باراجا " Barraga (١٩٦٤) مقياسا لتقدير درجة الكفاءة البصرية Visual Efficiency أو الإبصار الوظيفى بدلا من حدة الإبصار ، ويتضمن هذا المقياس عددا من المثيرات البصرية (أشكال هندسية مختلفة الحجم ودرجة التعقيد) لكل منها عدد من البدائل ، وعلى المفحوص أن يحدد من بينها الشكل المطابق للمثير الأصل .

ويخلص فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى (١٩٨٠ : ٥٨٢ - ٥٨٣) الأهداف العامة لهذا المقياس فيما يلى :

- ١- تحديد مستوى الأداء الوظيفى البصرى لدى كل طفل يظهر أى قدر من الإبصار (استقبال الضوء أو حركة الأشياء .. إلخ) .
 - ٢- تطوير خطط توصيفية فردية لاستثارة المقدرة على الإبصار لدى الطفل ، وتطويرها إلى أقصى حد ممكن .
 - ٣- تطوير اهتمام الطفل ، وتدعيم اتجاهاته الإيجابية نحو الأنشطة الهادفة إلى تعلم الإبصار .
 - ٤- تشجيع الأفراد على ممارسة درجة أكبر من الضبط والتحكم فى عضلات العين لتسهيل التثبيت والتركيز على المثيرات .
 - ٥- توفير التشجيع والدافعية والتدعيم للطفل فى جميع الأنشطة البصرية .
 - ٦- شغل الطفل فى إعداد ملاحظات تتصل بإنجازاته اليومية وتحصيله فى الأداء البصرى .
 - ٧- إعادة تقدير الأداء الوظيفى البصرى ، والكفاءة البصرية بعد فترة من التدريب على تنمية كفاءة الإبصار .
- ج- جهاز كيبستون " للمسع البصرى :

وهو جهاز شامل لقياس المقدرة البصرية من حيث قصر الإبصار ، وطوله ، واللابؤية ، كما يقيس ماهو معروف بنسبة عدم التوازن الرأسى والجانبى ، وخط النقط

البعيدة والقريبة ، والمستويات الثابتة ، وبعد أول جهاز صُمم لقياس تأثر العينين تحت ظروف مشابهة لما يحدث أثناء عملية القراءة . (مصطفى فهمى ، ١٩٨٠ : ٤٨) .

وقد أوضح " بيتس " Betts العوامل الأساسية التالية التى تبين مدى صدق هذا الاختبار :

١- يمكن اختبار كل عين على حدة فى الوقت الذى تكون فيه العينان مشتركتان فى الرؤية كالعادة ، ويتم ذلك عن طريق وضع زوج من الصور أمام العينين .

٢- يمكن قياس مدى تأثر العينين الذى يعد عاملا عاما يساعد على سرعة القراءة ، كما يمكن قياس توازن العضلات والتداخل الذى يحدث عند قراءة الكتب أو السيرة البعيدة .

٣- قياس المقدرة البصرية للعينين معا وككل ، وكذلك حدة كل عين منفردة . (مصطفى فهمى ، ١٩٨٠ : ٤٨ - ٤٩) .

ويعد هذا الجهاز من الأدوات المفيدة فى عيادات القراءة العلاجية ، ووسيلة مناسبة لانتقاء الأطفال والتلاميذ الذين يعوزون مزيدا من الفحص .

العوامل المؤثرة فى شخصية المعوق بصريا ،

هناك عوامل مختلفة تؤثر فى نمو شخصية المعوقين بصريا ، وتشكل على أساسها خصائصهم الوجدانية والعقلية واللغوية ، ومن بين هذه العوامل ما يلى :

١ - توقيت حدوث الإعاقة :

سبقت الإشارة فى موضع سابق من هذا الفصل إلى أن السن الحرجة لحدوث الإعاقة البصرية تتراوح بين الخامسة والسابعة من العمر ، وأن الطفل الذى يصاب بها فى هذا العمر يكاد يتساوى مع من ولد فاقد للبصر ، نظرا لنزوع الصور والمعلومات البصرية التى اكتسبها إلى التلاشى التدريجى من مخيلته وذاكرته بمرور الأيام . ومن ثم يعتمد بشكل كلى إلى حد كبير على تجاربه وخبراته التى يكتسبها عن طريق الحواس الأخرى فى تفهم العالم المحيط به ، وفى تكوين مفاهيمه عنه ؛ كاستخدام الحاسة اللمسية Tactual فى الاتصال المباشر ببعض الأشياء التى تقع فى متناوله ، وتمييز أشكالها وسطحها وخصائصها التركيبية ، واستخدام الحاسة السمعية Auditory فى محادثاته الشفوية وتكوين انطباعاته عن الاتجاهات وبعد المسافات بينه والأشياء ، والاعتماد على الحاسة

الحركية Kinesthetic فى الوعي بالأوضاع النسبية لجسمه وتوازنه ، وتوجيهه أثناء الحركة والتنقل .

وعلى العكس من ذلك فإن تلك الصور والمعلومات والأفكار البصرية المختزنة لدى من تحدث إصابتهم بالعمى ، أو فقدان الجزئى للإبصار بعد سن الخامسة أو السابعة ، قليل إلى أن تبقى نشطة وفعالة فى مجالاتهم الإدراكية ، بحيث يمكنهم استرجاعها واستحضارها ، والإفادة منها كمادة خام فى بناء أنساق وتركيبات تخيلية جديدة ، وفى تكوين المفاهيم ، وفى تعليمهم وتدريبهم .

ومع ذلك يبدو أن الأشخاص الذين يصابون بالعمى مبكراً ربما يكونون أكثر توافقاً على المستويين الشخصى والاجتماعى ، وأكثر شعوراً بالرضا ، من أولئك الذين يصابون بالإعاقة البصرية متأخراً ، نظراً لأن أفراد الفئة الأولى غالباً ما يسخرون حواسهم الأخرى المتبقية ، ويدربونها بشكل متواصل كبداية لحاسة الإبصار ، ويتكيفون مع إعاقتهم كأمر واقع ، على العكس من أفراد الفئة الثانية الذين يستغرقون وقتاً أطول حتى يصلوا إلى هذه الدرجة من التكيف ، ويكون شعورهم بالصدمة والأسى والألم النفسى قريباً إذا ما حدثت لهم الإعاقة البصرية بشكل مفاجئ .

٢ - درجة الإعاقة البصرية :

تتفاوت استعدادات المعوقين بصرياً ومقدراتهم وخصائصهم تبعاً لثباين درجات فقدان البصرى كلية أم جزئية ، حيث لا يستوى الأعمى الذى لا يرى كلية ، ومن لديه بقية من إبصار يمكنه الاعتماد معها على نفسه إلى حد ما ، ويشارك مشاركة إيجابية فى الكثير من المواقف والنشاطات الاجتماعية والتعليمية والمهنية .

وتؤثر درجة الإعاقة البصرية فى كثير من نشاطات الفرد ؛ كمقدرته على التوجه والحركة والتنقل ، ومدى قيامه بواجبات الحياة اليومية داخل المنزل وخارجه ، وفى مدى استفادته من أساليب التعليم ووسائله ، وكذلك مدى اعتماده على نفسه ، وإتقانه لمهام العمل الموكول إليه .. وغيرها .

ويميز فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى (١٩٨٠ : ٥٧٠ - ٥٧١) بين الدرجات المختلفة للإعاقة البصرية تبعاً لتأثير هذه الدرجات على النشاطات الحسية

وخبرات التذكر كما يلي :

أ - فقد بصر تام Total Blindness ولادى أو مكتسب قبل سن الخامسة .

ب - فقد بصر تام مكتسب بعد سن الخامسة .

ج - فقد بصر جزئى Partial Blindness ولادى .

د - فقد بصر جزئى مكتسب .

هـ - ضعف بصر Partial Sight ولادى .

و - ضعف بصر مكتسب .

٣ - الانجاهات الاجتماعية نحو الإعاقة البصرية :

تلعب الانجاهات الاجتماعية التى يتبناها المحيطون بالطفل الأعمى أو ضعيف البصر - لاسيما الوالدين - دورا بالغا فى التأثير على شخصيته وخصائصه ، وهى تتراوح بين انجاهات إما يفلب عليها الإهمال والتبذ والرفض وعدم القبول ، أو العطف المبالغ فيه والشفقة والحماية الزائدة ، وفيما بينهما تقع انجاهات أخرى أكثر اعتدالية وإيجابية وموضوعية تتعامل مع المعوقين بصريا بشكل واقعى ، وتساعدهم على تنظيم شخصياتهم بما يحقق لها النضج النفسى والاستقلالية والشعور بالاكتمال الذاتى والثقة بالنفس .

وكما تؤثر الانجاهات الاجتماعية والوالدية المتطرفة إزاء الطفل المبصر فى شخصيته تأثيرا سلبيا ، فإنها تؤثر بشكل سلبى أيضا فى شخصية الطفل المعوق بصريا ، لأن نبذه أو إهماله وعدم تقبله ، أو حمايته على نحو مبالغ فيه ، أو تقديم المساعدة له من قبل والديه أو أفراد أسرته بأكثر مما ينبغى ، يجعله أكثر شعورا بالعجز عن مواجهة كثير من المواقف ، ويضعف من ثقته بنفسه ويؤدى إلى إحباطه ، كما يؤثر عكسيا على علاقاته الاجتماعية نظرا لما يترتب على مثل هذه الأساليب من المعاملة الوالدية من نزوعه إلى الانسحاب والانطوائية وربما العدوانية ، فتتدمر فى شخصيته بذور الاضطراب وسوء التوافق ، ويعيش فى قلق وصراع نفسى مابين طموحه إلى الاستقلالية والتحرر ، والمقاومة والرفض لما يضرب حوله من قيود ، أو يفرض عليه من حماية ووصاية من قبل والديه وأفراد أسرته من ناحية ، وتضعيفه باحترامه لذاته ونزوعه إلى قبول تقييداتهم ،

ومسايرتهم والاعتماد عليهم ، نتيجة شعوره بالعجز والقصور ونقصان الخبرة من ناحية أخرى .

وربما أفضى به ذلك الصراع إلى أنماط سلوكية يغلب عليها إما التعويض الزائد ، أو الانسحاب إلى عالمه الضيق مؤثرا العزلة والانتواء . بيد أنه في حالات كثيرة ، إذا ما تهيأت للأعمى اتجاهات الاهتمام والتقبل ، والمساندة المسئولة والمساعدة الموضوعية والحب ، فإنه ينمو نمواً نفسياً سليماً متوازناً ، وينجح في تحقيق ذاته ، وربما أحرز من النجاح في حياته ما لم يحرزه عديد من المبصرين .

ومثلاً تؤثر الاتجاهات الاجتماعية نحو المعوقين بصريا في توافقهم ومفهومهم عن ذواتهم ، وتحصيلهم الدراسي ، فإنها تؤثر أيضاً في غط الخدمات الصحية والاجتماعية والتعليمية التربوية التي تقدم لهم ، وهو ما يستلزم ضرورة تزويد الناس بمعلومات موضوعية عن المعوقين بصريا ، واستعداداتهم وإمكاناتهم المختلفة بطريقة منظمة ، وذلك للعمل على تغيير مذكراتهم عنهم ، وتحسين اتجاهاتهم نحوهم . كما تبدو الحاجة ملحة إلى إعداد برامج توجيهية إرشادية لأسر الأطفال المعوقين بصريا تساعد أفرادها على فهم خصائص هؤلاء الأطفال ، وتقبلهم والعناية بإشباع احتياجاتهم ، وتحقيق غط إيجابي من الاتصال المتبادل معهم ، وتحسين أداؤهم الشخصي والاجتماعي في المواقف المختلفة ، كما تساعد هذه البرامج على تنقية الجو الأسري من مشاعر الرثاء والذنب والسخط والضجر إزاء حالات هؤلاء الأطفال ، والقلق الزائد عليهم .

ومن الدراسات الهامة المبكرة التي أجريت عن تأثير الاتجاهات الوالدية والبيئة الاجتماعية في نمو الشخصية لدى المراهقين العميان ، دراسة " فيتا سومرز " (Sommers) (1944) ، التي طبقت فيها اختبار كاليفورنيا للشخصية على ١٤٣ مراهقا من المعوقين بصريا (٨٦ ذكرا و ٥٧ أنثى) وبعض الاستفتاءات على ١٢٠ مراهقا آخرين من المعوقين بصريا أيضا و ٧٢ من آبائهم وأمهاتهم ، كما أجرت بعض المقابلات الفردية مع ٥٠ مفحوصا وأمهاتهم ، وقد أسفرت نتائج البحث عما يلي :

أ - درجة التوافق الشخصي والاجتماعي لدى المراهقين العميان أقل منها لدى المراهقين المبصرين ، والبنات العميات أكثر توافقا من البنين العميان .

ب - توجد خمسة أنماط من الاتجاهات الوالدية نحو العميان هي : تقبل العجز ، وإنكاره ،

والتدليل والحماية الزائدة ، والرفض المقتنع للطفل ، والرفض الصريح للطفل .

ج - توجد ستة أنماط سلوكية توافقية لدى المراهقين العميان تنجم عن الاتجاهات الوالدية نحوهم هي : ردود الأفعال التعويضية العادية ، ردود الأفعال التعويضية الزائدة ، ردود الأفعال الإنتكارية للإعاقة ، ردود الأفعال الدفاعية كالتبرير والإسقاط ، ردود الأفعال الانسحابية كالعزلة والاستغراق فى النشاط الذاتى وأحلام اليقظة ، استجابات سلوكية لا توافقية أخرى كالتمركز الذاتى والقلق وعدم الثبات الانفعالى .

وقامت قدرية الكيلانى (١٩٨٠) بدراسة عن العلاقة بين الاتجاهات الوالدية وتوافق المراهقات العميات والمبصرات ، وأوضحت نتائجها أنه توجد علاقة موجبة بين الاتجاهات الوالدية السالبة وسوء التوافق الشخصى والاجتماعى لدى المراهقات العميات ، وأن اتجاهات التسلط والحماية الزائدة ، والإهمال وإثارة الألم النفسى ، هي أكثر الاتجاهات الوالدية شيوعا لدى أمهاتهن وآبائهن .

وتوصل حمدي منصور (١٩٨٦) فى دراسة مشابهة أجراها على ٥٠ طفلا أعمى تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٦ و ١٢ عاما ، بالإضافة إلى آبائهم وأمهاتهم ، إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين بعض اتجاهات المعاملة الوالدية للاسوية ، وبعض أبعاد التوافق الشخصى والاجتماعى للطفل الأعمى ، وأن الأطفال العميان أكثر تأثرا باتجاهات أمهاتهم عن تأثرهم باتجاهات آبائهم .

كما اتضح من نتائج دراسة أخرى أجرتها نعمات عبد الحالى (١٩٩٤) على ٢٠٠ طالبا وطالبة من العميان والمبصرين بالمرحلة الثانوية ، طبقت عليهم استفتاء " ماسلو " لاعتماد الشعور بالأمن النفسى ، واستبياناً للقبول - الرفض الوالدى ، أن الأعمى يدرك الأم على أنها أكثر إهمالا ورفضاً له من إدراك المبصر لأمه ، كما يدرك الأب على أنه أكثر عدوانا وإهمالا ورفضاً ، وأقل دفئا من إدراك المبصر لأبيه ، كما تبين أن الشعور بانعدام الأمن يرتبط سلبيا مع إدراك الأبناء للقبول الوالدى (الدفء والمحبة) لدى الأب والأم ، بينما يرتبط إيجابيا مع إدراكهم لأبعاد الرفض الوالدى (العدوان والعداء واللامبالاة) ، وهو ما يعنى أن القبول - الرفض الوالدى يرتبط بشعور المراهقين العميان بالأمن أو انعدامه .

وقد كشفت نتائج عديد من الدراسات التى أجريت عن اتجاهات فئات مختلفة من

أفراد المجتمع ، نحو المعوقين عموما والمعوقين بصريا خاصة ، أن هذه الاتجاهات الاجتماعية تختلف تبعا لاختلاف الأفراد من حيث العمر الزمني ، ونوع الجنس ، والمستوى التعليمي ، ونوع الدراسة ، والتخصص الأكاديمي ، ونوع الإعاقة ، والصلة بمعوق أو وجود فرد معوق في الأسرة . (Siperatein & Bak , 1980 , Harth , 1971) ، عبد العزيز الشخص ١٩٨٦ ، 1989 ، Barraga ، نهى اللحامى ١٩٨٩ ، عبد المطلب القرىطى ١٩٩٢ ، ١٩٩٣ "ب")

خصائص المعوقين بصريا

يتصف المعوقين بصريا بخصائص معينة تميزهم عن المبصرين ، وتعد معرفتنا بهذه الخصائص عاملا مهما في اتخاذ القرارات التعليمية والتربوية الملائمة لهذه الخصائص ، والمشيعة لاحتياجاتهم في مختلف النواحي ، وتشمل هذه الخصائص الجوانب الانفعالية والاجتماعية ، والكلامية واللغوية ، والحركية ، والعقلية .

١ - الخصائص الانفعالية والاجتماعية :

تشير نتائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال بدءا من دراسات موهل (١٩٣٠) ويراون (١٩٣٨) وسومرز (١٩٤٤) وحتى دراسات أكثر حداثة (فصحى السيد عبد الرحيم ، ١٩٦٩ ، إبراهيم قشقوش ، ١٩٧٢ ، عفاف محمد ، ١٩٨٨ ، نعمات عبد الحائق ، ١٩٩٤) إلى أن المعوقين بصريا يغلب أن تسيطر عليهم مشاعر الدونية ، والقلق والصراع ، وعدم الثقة بالنفس ، والشعور بالاعترا ب وانعدام الأمن ، والإحساس بالفشل والإحباط ، وانخفاض احترام الذات ، واختلال صورة الجسم ، والنزعة الاتكالية ، وهم أقل توافقا شخصيا واجتماعيا ، وتقبلا للآخرين وشعورا بالانتماء للمجتمع من المبصرين ، كما أنهم أكثر انطواء واستخداما للحيل الدفاعية في سلوكهم ؛ كالكبت والتبرير والتعويض والاتسحاب ، كما أنهم أكثر عرضة من المبصرين للاضطرابات الانفعالية .

وتؤثر الإعاقة البصرية في السلوك الاجتماعي للفرد تأثيرا سلبيا ، حيث ينشأ نتيجة لها الكثير من الصعوبات في عمليات النمو والتفاعل الاجتماعي ، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتماء الذاتي ، وذلك نظرا لعجز المعوقين بصريا أو محدودية مقدراتهم على الحركة ، وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية ، وتعبيراتهم الوجهية كالبشاشة والعبوس ، والرضا والغضب ،

وغيرها مما يعرف بلغة الجسم Body Language ، وتقليد هذه السلوكيات أو محاكاتها بصريا والتعلم منها ، ونقص خبراتهم والفرص الاجتماعية المتاحة أمامهم للاحتكاك بالآخرين والاتصال بالعالم الخارجى المحيط بهم ، فهم لا يتحركون بالسهولة والمهارة والطلاقة نفسها التى يتحرك بها المبصرون .

٣ - الخصائص الكلامية واللغوية :

يكتسب المعوق بصريا اللغة المنطوقة ويتعلم الكلام بالطريقة نفسها التى يتعلم بها المبصر إلى حد كبير ، فكلاهما يعتمد على حاسة السمع والتقليد الصوتى لما يسمعه . إلا أن المعوق بصريا يعجز عن الإحساس بالتعبيرات الحركية والوجهية المرتبطة بمعان الكلام والمصاحبة له ، ومن ثم القصور فى استخدامها ، كما يختلف عن المبصر أيضا فى أنه يعتمد فى طريقة كتابته وقرأته للغة المطبوعة على الحروف البارزة مستخدما حاسة اللمس ، بينما يعتمد الفرد المبصر فى ذلك على عينيه مستعينا بالحروف الهجائية العادية .

جدير بالذكر أن فقدان البصرى لا يمكن الطفل الأعمى أو ضعيف الإبصار من متابعة الإيماءات والإشارات وغيرها من أشكال اللغة غير اللفظية التى يستخدمها المبصرون فى مواضع كثيرة من محادثاتهم ، إما لتأكيد مايقولون أو كبديل يغنى عن الكلام أحيانا ، غنى عن البيان أيضا أن هذا فقدان يحرم الطفل الأعمى وضعيف البصر من اكتساب معانى بعض الألفاظ نتيجة عدم استطاعته الربط بين كل من أصوات بعض الكلمات ، والمبركات الحاسية الدالة عليها أو الوقائع والأحداث البصرية المثلة لها ، لا سيما ما لا يقع منها فى متناول بقية حواسه ؛ كالأشياء كبيرة الحجم مثلا ، والتى لا يكتمل إدراكه لها إلا عن طريق البصر . وما يترتب على ذلك بالنسبة للمعوقين بصريا البطء فى معدل نمو اللغة والكلام ، ونشوء بعض الصعوبات فى تكوين واكتساب المفاهيم Concept Formation ، وفى المقدرة على التجريد Abstraction ، كما يؤدى القصور الإدراكى لدى الأعمى إلى ظهور مايسمى بالنزعة اللفظية Verbalism .

وتعنى اللفظية مبالغة العميان فى الاعتماد على مفاهيم لغوية وكلمات ذات مدلولات بصرية ، لا يستخدمها سوى المبصرون فى وصف الأشياء والخبرات ، كأن يصفوا الدم بكونه أحمر بدلا من وصفه بأنه سائل لزج ، أو يصفوا الحديقة بكونها خضراء بدلا من

كونها ذات ظلال وارقة . ومع أن هذه الكلمات والمفاهيم ذات المدلول البصرى لا تعنى شيئاً بالنسبة لهم ، لأنها غير مبنية أصلاً على أساس خبرات واقعية ، كما أنها خارجة عن نطاق خبراتهم الحاسوبية حيث لا يستطيعون تعيين الأشياء التى ترمز لها هذه الكلمات ، إلا أنهم يفرطون فى استخدامها ، ربما تعبيراً عن رغبتهم فى إشعار المصريين بأنهم ليسوا أقل منهم من حيث المعرفة بها ، أو كشكل من أشكال التعويض عن الحرمان من حاسة الإبصار ، أو لأن هذه الكلمات والأوصاف من شأنها تسهيل عملية التواصل مع المصريين ، وقد أطلق عالم النفس الأعمى " كتسفورث " Cutsforth على هذه الظاهرة اللغوية عدم الواقعية اللفظية Verbal Unreality ، ووصفها آخرون بأنها لفظية ذات مدلول بصرى Visually - Oriented Verbalism .

وقد لخص ناصر الموسى (١٩٩٦) أبرز ما يمكن للمعلمين أن يقوموا به إزاء ظاهرة اللفظية لدى الأطفال العميان فيما يلى :

- أ - الاستعانة بأشكال حقيقية طبيعية أو مصنوعة داخل غرف الدراسة .
- ب - القيام مع التلاميذ برحلات ميدانية قصيرة داخل المدرسة وخارجها .
- ج - العمل على تحويل المفاهيم اللغوية إلى أفعال وخبرات حركية كلما كان ذلك ممكناً .
- د - مراعاة ألا تكون تنمية المفاهيم الحاسوبية لدى الأطفال العميان على حساب تنمية المفاهيم غير الحاسوبية .
- هـ - الاستفادة ما أمكن من أساليب وتطبيقات علم النفس اللغوى وعلم الاجتماع اللغوى ، وسياق الكلام والتركيبات النحوية فى اللغة فى تنمية المفاهيم غير الحاسوبية لدى الأطفال المعوقين بصرياً .

٣- الخصائص العقلية :

عندما تذكر الخصائص العقلية فإن أول ما يتبادر إلى الذهن هو الذكاء ، ويشير مصطفى فهمى (١٩٨٥ : ١٨ - ٢١) إلى أن الآراء تنقسم بشأن تقدير ذكاء الأعمى إلى قسمين ، يذهب الناس فى القسم الأول منها بدافع التعاطف الوجدانى مع الأعمى و استناداً إلى ما يأتى من مهارات ، إلى أن ذكاء الأعمى لا يقل عن ذكاء المبصر إن لم يتفوق عليه . ويستشهد أصحاب هذا الرأى ببعض مشاهير العباقرة العميان منذ أقدم

العصور ، ومنهم الشاعر الإغريقى " هوميروس " مبدع أشهر ملحمتين فى التاريخ القديم كله ، وهما الإلياذة والأوديسا ، وعالم الرياضيات " نيكولاس ساوندرسن " ، و" لويس برايل " مخترع طريقة القراءة والكتابة بالحروف البارزة ، والشعراء العرب من أمثال أبو العلاء المعرى ويشار بن برد ، وعميد الأدب العربى طه حسين .

أما القسم الآخر من الآراء فينبنى على وجهة نظر أكثر تجرداً وموضوعية ، إذ أنه مع اعتراف الفائلين به بعبقريه بعض العميان ، إلا أنهم يؤكدون على أن المقارنة بين ذكاء العميان وذكاء المبصرين يجب أن تكون على أساس أداء كل منهم على اختبارات الذكاء . وقد كشفت نتائج ذلك عن أن الفرق بين الفئتين فى الذكاء العام غير دال إحصائياً ويمكن إهماله ، وأن نسبة المتفوقين من المبصرين أعلى منها لدى العميان ، ونسبة المتخلفين فى الذكاء أعلى عند العميان منها عند المبصرين .

وهكذا يبدو أنه لا توجد فروق جوهرية بين ذكاء العميان والمبصرين لا سيما على الاختبارات الشفهية أو اللفظية التى يتم تعديلها والتأكد من صلاحية استخدامها مع العميان ؛ كالتعديل الذى أدخله " صمويل هايس " S.Hayes (1907) على اختبار ستانفورد - بينيه ، والقسم اللفظى من اختبار وكسلر - بلفيو ، بيد أن النتيجة قد تكون عكس ذلك فى حالة استخدام اختبارات ذات طبيعة أدائية .

ويتفاوت المعوقون بصرياً من حيث مقدراتهم الإدراكية تبعاً لدرجة فقدان البصرى ، فالمصابون بالعمى الكامل ولادياً أو قبل سن الخامسة لا يمكنهم إطلاقاً الإحساس باللون وإدراكه وتقييمه لأن ذلك يعد إحدى وظائف شبكية العين ، على العكس من الذين أصيبوا بالعمى فى سن متأخرة والذين بإمكانهم الاحتفاظ ببعض مدركاتهم اللونية التى سبق أن اكتسبوها وكونوها قبل إصابتهم ، معتمدين على مدى ثراء التجارب والخبرات التى مروا بها ، وكذلك المبصرين جزئياً عن يستطيعون بعض التمييز اللونى تبعاً لدرجة إبصارهم .

ويعتمد المصابون بالعمى الكلى ولادياً أو قبل سن الخامسة أو السابعة فى تكوينهم المفاهيم اللونية على أفكار وأساليب بديلة عن تلك التى يعتمد عليها العاديون الذين يتعرفون على الألوان ويميزونها تبعاً لخصائصها من حيث الكنه أو الصيغة Hue ، ودرجة تشبعها أو تركيزها Saturation ، ونصوعها أو لمعانها Brightness ، وتقوم هذه

الأفكار البديلة على ارتباطات شفهية أو انفعالية أو حاسية أخرى ، كأن يرتبط اللون الأحمر بالنار الحمراء وما توحى به من سخونة وحرارة شديدة ، واللون الأزرق بالسمااء الزرقاء الصافية وما توحى به من طقس منعش معتدل ... وهكذا .

وما يقال عن الإدراك اللونى يقال أيضاً عن الإدراك الشكلى للأشياء ، بالغة الدقة كالحشرات الصغيرة ، أو بالغة الضخامة كالجبال ، أو بالغة الاتساع كالصحارى والبحار ، مما لا يمكن الإحاطة به وتكوين مفهوم أو فكرة كلية عنه سوى عن طريق حاسة الإبصار .

أما من حيث التصور والتخيل البصرى ، فإنه برغم أن بعض العميان قد يبدعون أحياناً صوراً بصرية حافلة بالحركة وفائقة الدقة والوصف ، إلا أن هذه الصور كما يذهب مصطفى فهمى (١٩٨٥ : ٢٣) ليست أكثر من اقتران لفظى لحفظه الأعمى ، ثم استدعاه لتركيب صور بصرية لا تقابل فى ذهنه شيئاً يمت إلى الواقع المرئى بصلة . فقد يصف السماء بكونها صافية ، لكنه لا يدرك هذا الإحساس البصرى إلا عن طريق إحساس آخر يصاحبه ويقترن به ، وهو الإحساس بهدوء الجو الذى لا تتخلله الرياح أو الرعد أو المطر .

كما لا يمكن للأعمى ممارسة النشاط التخيلى باستخدام عناصر بصرية ، ذلك أن عملية التخيل البصرى تنطوى على عمليتين فرعيتين هما : استرجاع صور حاسية بصرية سبق إدراكها واختزانها فى الذاكرة (عملية استدعائية أو استحضارية) ، ثم إعادة إنتاج هذه الصور باستخدام صيغ أو تكوينات أو أنساق جديدة منها (عملية بنائية أو إنشائية) وحيث أن الذاكرة البصرية لدى الأعمى غالباً ما تكون خالية من هذه الصور والمدرجات ، فإنه لا يمكنه استرجاعها وإعادة تركيبها أو المزج بينها فى تكوينات ومركبات جديدة مثلما يفعل الشخص المبصر .

٤ - الخصائص الحركية :

يواجه الفرد الأعمى صعوبات فائقة فى ممارسة أنشطة الحياة اليومية ، وتنقلاته من مكان إلى آخر ، وذلك نتيجة فقدان الوسيط الحاسى الأساسى اللازم للتعامل مع المثيرات البصرية ومن ثم التوجيه الحركى فى الفراغ وهو حاسة الإبصار ، مما يدفعه إلى بذل المزيد من الجهد ، ويعرضه للإجهاد العصبى والتوتر النفسى ، والشعور بانعدام الأمن عموماً ، والارتباك تجاه المواقف الجديدة خصوصاً ، لا سيما مع تزايد ما تفرضه التغيرات العلمية والتكنولوجية السريعة والمتلاحقة من تعقيدات فى الوسط البيئى خارج المنزل وداخله يوماً .

بعدهم من ناحية ، ومع حاجة المعوق بصريا ذاته إلى توسيع دائرة نشاطه وتنقلاته ، وتطوير مهاراته الحركية ، لمواجهة ما يفرضه عليه أيضا نموه الزمنى والتعليمى والاجتماعى من متطلبات ، وضرورة التفاعل مع مكونات وعناصر وخصائص بيئية جديدة متداخلة ، كبيئة الشارع والمدرسة والسوق ووسائل النقل والمواصلات وغيرها .

ويشمل مفهوم التوجه والحركة على مصطلحين مرتبطين ببعضهما ارتباطا وثيقا أولهما : التوجه Orientation ويعنى عملية استخدام الحواس لتمكين الشخص من تحديد نقطة ارتكازه ، وعلاقته بجميع الأشياء المهمة ذات الصلة بحركته فى مجال ما . وثانيهما : الحركة Mobility وتعنى استعداد الشخص ومقدرته على التنقل فى هذا المجال . جدير بالذكر أن التوجه يمثل الجانب العقلى (كالانتباه والتذكر والتفكير وإدراك العلاقات .. إلخ) من عملية التوجه والحركة ، بينما تمثل الحركة ذاتها الجهد البدنى والعضى المبذول فى التنقل من موضع إلى آخر .

ويستلزم قصور المعوقين بصريا فى المجال الحركى ضرورة بذل الجهود التعليمية والتدريبية اللازمة لتعويض هذا القصور ، وتنمية المهارات الحركية بما يحقق فاعلية أكثر للعيان وضفاف البصر فى الوسط البيئى أو المحيط الخارجى الذى يعيشون فيه عن طريق ما يلى :

أ - مساعدة المعوقين بصريا فى التعرف على مكونات بيئاتهم واستكشافها ، وإدراك العلاقات فيما بينها ، وذلك حتى يتسنى لهم التنقل الآمن بفاعلية واستقلالية معتمدين على أنفسهم دون مساعدة قدر الإمكان .

ب - التدريب المنظم لتنمية وصقل المهارات الحركية لدى المعوقين بصريا ، والعمل على إكسابهم المهارات الأساسية اللازمة للتوجه والتنقل فى الأماكن المختلفة ، لتحقيق أكبر قدر ممكن من الاستقلالية والسلامة فى آن واحد .

ج - تهيئة بيئة منزلية ومدرسية أو مؤسسية آمنة وخالية من المخاطر ، حتى يتسنى للمعوق بصريا التحرك فيها بيسر وسهولة ؛ كمرعاة شروط السلامة فى المبانى ، وأن تكون حواف السلالم مكنية وليست حادة ، وتجنب المنحدرات الشديدة والحواجز ، وأن تكون الأبواب إما مغلقة تماما أو مفتوحة تماما وغير ذلك مما يجب مراعاته .

د - تجنب التغييرات المفاجئة فى تنظيم محتوى البيئة التى يعيش فيها الطفل المعوق

بصريا ؛ كالأثاث ، والمحافظة على وجود الأشياء التى يستخدمها بصورة متكررة فى أماكنها المألوفة بالنسبة له ما أمكن ذلك .

هـ - مساعدة المعوقين بصريا على تكوين خريطة معرفية Cognitive Map عن طبيعة الأماكن والعلاقات المكانية فى البيئات التى يتحركون فيها ، ليستعينوا بها فى تحديد مواضعهم من العناصر والمكونات المادية أثناء تنقلاتهم .

و - تدريب الطفل على الاستعانة بجميع حواسه الأخرى فى توجيه نفسه فى الوجهة الصحيحة أثناء الحركة فى الأماكن المألوفة وغير المألوفة ، وفى الحصول على دلالات متنوعة من بيئته يهتدى بها فى حركته ، كالاستعانة بحاسة الشم فى تمييز الروائح ، وبحاسة اللمس فى الإحساس بالتيارات الهوائية التى تشير إلى أماكن مفتوحة ، وفى تحسس التغييرات المختلفة فى السطوح ومواضع القدمين ، والاستعانة بحاسة السمع فى تقدير المسافات والإحساس بالعوائق من خلال الموجات الصوتية المرتدة .

ز - تشجيع المعوقين بصريا وتدريبهم على استخدام معينات التنقل التى تناسب ظروفهم الخاصة ؛ كالعصى البيضاء ، وعصى الليزر Leaser Can التى تساعدهم فى استكشاف البيئة وتلاقي العوائق التى ربما وجدت فى طريقهم ، وتشجيعهم على الإفادة من أساليب الحماية المختلفة الملائمة فى هذا الصدد كلما دعت الضرورة إلى ذلك ؛ كالاستعانة بقائد مبصر ، واستخدام الكلاب المدربة .

الوقائية من الإعاقة البصرية ورعاية المعوقين بصريا

الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة ؛

من أهم هذه الإجراءات ما يلى :

- ١ - الكشف الطبى على راغبي الزواج من الأقارب خاصة .
- ٢ - توعية العامة عن طريق الوسائل المختلفة بالإجراءات الوقائية اللازمة لتحاشي إصابات العين وانتقال العدوى ، وبمسببات الإعاقة البصرية وأعراضها ، وأهمية ملاحظة الدلائل والمؤشرات المبذنية على وجودها ، والتبكير فى اتخاذ الإجراءات الطبية لعلاجها ، والسيطرة على آثارها .
- ٣ - تهيئة الرعاية الصحية المناسبة للأم أثناء فترة الحمل وعملية الولادة .

- ٤ - تعميم التطعيمات والتحصينات الوقائية من الإعاقة البصرية في مواعيدها المحددة .
- ٥ - حث الوالدين على الاهتمام بالتشخيص والعلاج المبكرين للإعاقة البصرية وأمراض العين قبل استفحال آثارها .
- ٦ - تأمين الخدمات الصحية اللازمة للأطفال وتلاميذ المدارس ، والكشف الطبى الدورى عن طريق مراكز رعاية الطفولة والأمومة والمراكز الصحية ، والصحة المدرسية ، والتأمين الصحى ، وذلك لاكتشاف المشكلات والإعاقات البصرية مبكراً .
- ٧ - توفير النظارات الطبية والعدسات اللاصقة المناسبة للحالات المختلفة من فقدان البصرى .
- ٨ - التوعية الإعلامية بكيفية تحسين الظروف التى يمكن أن تعمل فيها العين بأفضل أداء ممكن دون إصابتها بمزيد من الأضرار ، وبالقيود والاحتياجات التى يجب وضعها فى الاعتبار قبل تكليف الطفل المعوق بصرياً بأى نوع من أنواع النشاط فى المنزل والمدرسة .
- ٩ - تقدير الآثار المترتبة على الإعاقة البصرية بالنسبة للحركة والتنقل ، والتوافق الشخصى والاجتماعى ، والتعليم والتدريب ، ووضعها فى الاعتبار عند تصنيف الحالات وتخطيط الخدمات التعليمية والإرشادية اللازمة لهم .
- ١٠ - التأكيد فى تدريب الطفل المعوق بصرياً على اكتساب مهارات التوجه والحركة والانتقال بشكل مستقل ، وباستخدام المعينات الحركية ؛ كالعصا البيضاء ، بما يحقق مزيداً من التكيف مع حالته ، ويقلل من اعتماديته على الآخرين .
- ١١ - التوسع فى إلحاق الأطفال المعوقين بصرياً بدور الحضانة ورياض الأطفال ، لإكسابهم المهارات الأساسية والتعويضية اللازمة لنموهم ، وتأهيلهم للدراسة بالمرحلة الابتدائية ، مع إدماجهم فى فصول المبصرين طوال الوقت أو لقضاء جزء كبير منه فى هذه الفصول ما أمكن ذلك ، حتى يتسنى للطرفين زيادة فرص التقبل والتواصل ، وبناء علاقات وتفاعلات مثمرة .
- ١٢ - اتخاذ الوسائل الوقائية الملائمة للحد من إصابات العيون فى المصانع والورش التى تستخدم فيها بعض المواد الكيماوية والنظائر المشعة .. وغيرها مما يشكل أضراراً وخطورة على العين .

الرواية التربوية والتعليمية للمعوقين بصريا ،

مضت قرون طويلة قبل أن يتمكن المعوقون بصريا من الحصول على حقوقهم الطبيعية فى التربية والتعليم ، وقد تعرضوا خلالها لصنوف من التنبذ والاضطهاد إلى حد القتل . وقد حصر " بيرثولد لوفنفلد " B . Lowenfeld (1975) المراحل التاريخية التى مرت بها رعاية المعوقين بصريا فى أربعة مراحل : أولها مرحلة العزل التى سادت المجتمعات البدائية والقديمة ، وكان ينظر فيها إليهم على أنهم تجسيد لغضب الآلهة ولعنيتها ، وعبء ثقيل على الجماعة أو القبيلة يضعف من قوتها وهيبتها ، لذا .. رأى التخلص منهم إما بإغراقهم فى الأنهار وإعدامهم أو بنهبهم وعزلهم عن الجماعة . وتخلت المرحلة الثانية فى إبداعهم بالملاجىء ، واقترن ظهورها بظهور الأديان السماوية التى نهت عن قتل الضعاف والعجزة والمعوزين ، وحضت على الرحمة والشفقة بهم وألطف عليهم ، ومن ثم أنشئت الملاجىء لإيوائهم ، والعمل على إشباع حاجاتهم الأساسية فى المأكل والمشرب والملبس ، دون بذل أى جهد فى سبيل تعليمهم وتدريبهم .

أما المرحلة الثالثة فقد جاءت مع مطلع القرن السابع عشر الميلادى ، وتخلت فى التحرر اللذاتى للمعوقين بصريا ، وذلك بفضل مجموعة من العميان العباقرة الذين استطاعوا بجهودهم الفردية أن يعلموا أنفسهم ويبرزوا فى شتى المجالات ، ويبهروا مجتمعاتهم بنبوغهم ، وكان لذلك أكبر الأثر فى لفت الانتباه إلى ما يتمتع به العميان من استعدادات يمكن أن تنمو بالتعليم والتدريب . ثم جاءت المرحلة الرابعة لتعكس تكامل المعوقين بصريا وإدماجهم فى مجرى الحياة العادية وتهيئة الرعاية والخدمات النفسية والاجتماعية والتعليمية والتأهيلية اللازمة لهم . وهكذا تطورت نظرة المجتمعات إلى المعوقين بصريا عبر مراحل مختلفة تطورت من الاضطهاد ، إلى الإحسان ، إلى الاحترام ، فالرعاية وتقنينهم من الاندماج فى الحياة العادية كأعضاء عاملين منتجين .

وقد افتتحت أول مدرسة لتعليم العميان فى باريس ١٧٨٥م على يد " فالتين هوى " Havy وتبع ذلك افتتاح مدارس أخرى مماثلة فى ليفربول ١٧٩١م ثم فى أدنبره وبريستول ١٧٩٣م وفى لندن ١٧٩٩م ، وفى أغلب الولايات المتحدة الأمريكية . ولم يض وقت طويل حتى انتشرت هذه المدارس فى مختلف أنحاء العالم ، وترجع الطفرة الهائلة فى تعليم المعوقين بصريا فى القرن التاسع عشر الميلادى إلى الفرنسى " لويس برايل " الذى فقد بصره فى الثالثة من عمره ، واستطاع أن يخترع طريقته الشهيرة فى الكتابة البارزة

للعيمان ، فكانت فتحا جديدا فى تعليمهم وتربيتهم .

أما على المستوى المحلى فى مصر ، فقد كان الأزهر الشريف من أوائل المؤسسات التعليمية فى العالم كله اهتماما بتعليم المعوقين بصريا ، ودمجهم جنبا إلى جنب مع أقرانهم المبصرين بدما من نظام الكتاتيب بالزوايا والمساجد ، ومرورا بدراسة العلوم القرآنية والشرعية واللغوية بمراحل التعليم الأزهرى حتى المرحلة الجامعية .

وكان " دوريك " رئيس تفتيش المدارس فى عهد الخديوى اسماعيل قد قام بإنشاء أول مدرسة خاصة لتعليم العميان والصم ١٨٧٤م ، وضمت هذه المدرسة آنذاك ٤٤ تلميذا وتلميذة من العميان و١٦ من الصم ، ثم ألغيت عام ١٩٨٨م ، وأنشئت مدرسة أخرى للعميان بالإسكندرية ١٩٠٠م ، تبعتها مدرسة بالزيتون فى القاهرة ١٩٠١ تبرعت بإنشائها سيدة تدعى " أرميتاج " ، واتجهت وزارة المعارف عام ١٩٢٦ إلى تخريج معلمات متخصصات للعميان من مدرسة المعلمات ببولاق ، وأوفدت فى العام نفسه معلما ثم معلمة عام ١٩٢٧م فى بعثتين إلى إنجلترا للدراسة نظم وطرق تعليم المعوقين بصريا .

وفى عام ١٩٢٧ بدأت إدارة التعليم الأولى فى إنشاء فصول لتعليم المعوقين بصريا بمدارسها الإلزامية ، تبعتها مدارس أخرى للعميان بطنطا وأسيوط فى عام ١٩٤٣ ، كما تم إنشاء أول معهد مهنى لخريجي معاهد النور عام ١٩٥٠ ومدته عامان ، وكان يضم ثلاث شعب للأشغال اليدوية والموسيقى والمواد الثقافية .

وفى عام ١٩٥٣ تم إنشاء أول مدرسة للعميان ذات مناهج منظمة ، وهى مدرسة المركز النموذجى بالزيتون ، ثم معهد النور للبنات بالجيزة ، وتوالى بعد ذلك افتتاح العديد من مدارس وفصول النور بمختلف المحافظات (وزارة التربية والتعليم ، ١٩٩٥ "ب") .

وقد زاد عدد هذه المدارس حتى بلغ خلال الفترة من عام ١٩٦٩ إلى عام ١٩٩٠ سبع عشرة مدرسة فضلا عن الفصول الملحقة بمدارس التعليم العام ، وفى عام ١٩٩٥ - ١٩٩٦ بلغ عدد مدارس النور سبع وعشرون مدرسة إضافة إلى سبعة فصول ملحقة بمدارس المصريين ، وتغطى هذه المدارس والفصول ست وعشرون محافظة ، كما تستوعب ٢٣١٣ تلميذا وتلميذة *

* الإدارة العامة للتربية الخاصة ، وزارة التربية والتعليم : الإحصاء الإستمغارى لعام ١٩٩٥ - ١٩٩٦ .

أهداف مدارس وفصول المعوقين بصريا :

- تنص اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة (وزارة التربية والتعليم ، ١٩٩٠ : ٩) على الأهداف التالية لمدارس المعوقين بصريا :
- ١ - التقليل من أثر ضغوط الإحساس بالإعاقة البصرية .
 - ٢ - بث الثقة في نفس التلميذ المعوق بصريا ومساعدته على تقبل إعاقته .
 - ٣ - الارتقاء بإدراكه الذاتي .
 - ٤ - تزويده بالخبرات المعرفية التي تساعد على التعامل الصحي مع أفراد مجتمعه ، والبيئة الخارجية المحيطة بكفاءة .
 - ٥ - مساعدته على الاستقلال بقضاء حاجاته اليومية في أمن وسلام واطمئنان .
 - ٦ - مساعدته على الخروج من عزله ، والتنقل من مكان إلى آخر معتزا بكيانه ، وراضيا عن ذاته .

المراحل التعليمية للمعوقين بصريا :

ينتظم المعوقون بصريا في مراحل تعليمية مماثلة لمراحل التعليم العام المعتبر. ومناهجها ، فيما عدا أنهم يقتصرون على الدراسة بالشعبة الأدبية ، فضلا عن استخدام الطرق والوسائل التعليمية التي تفرضها طبيعة الإعاقة البصرية .

وتختص مدارس النور بقبول حالات الفقد الكلي للإبصار (العميان) ، والحالات التي تقل حدة إبصارها عن $\frac{1}{4}$ بالعينين معا أو بالعين الأقوى بعد العلاج والتصحيح بالنظارة الطبية ، على ألا تكون لديهم إعاقات حاسية أو عقلية أو جسمية أخرى ، كما يجوز قبول الحالات المماثلة التي يتم تحويلها من المدارس العادية إذا ما تعرضوا لظروف مشابهة ، تعوق مواصلة الدراسة فيها ، على أن تنظم لهم دراسة خاصة لتعلم طريقتي "برايل" و "تيلر" لكي يتسنى لهم الانتظام بمدارس النور ، وتيسير الدراسة بمدارس النور وفقا للنظام الداخلي للمرحلتين الأساسية والثانوية .

أما مدارس وفصول ضعاف البصر فيقبل بها الأطفال ضعاف البصر (حدة إبصار لا تزيد عن $\frac{1}{4}$ ولا تقل عن $\frac{1}{6}$) ممن لا يستطيعون متابعة دراستهم بالمدارس العادية ، ومن يحتمل زيادة ضعف إبصارهم في حالة استمرارهم بهذه المدارس - بناء على تقرير

طبي - حتى لو زادت حدة إبصارهم عن $\frac{6}{4}$. وتسير الدراسة بمدارس ضعاف البصر وفقا للنظام الخارجى .

طرق ووسائل تعليم المعوقين بصريا :

سبقت الإشارة إلى أن درجة فقدان البصرى تعد من أهم العوامل المؤثرة فى مدى استفادة المعوقين بصريا من أساليب التعليم ووسائله ، فالعميان كليا ووظيفيا يتعلمون وفقا لمناهج التعليم العام مع استبعاد جميع الموضوعات التى يحتاج تعلمها إلى مقدرات بصرية ، كما يتعلمون عن طريق حواس بديلة عن حاسة الإبصار ؛ كالحاسة اللمسية أساسا والحاسة السمعية ، وذلك من خلال طريقة " برايل " اليدوية والكتابة ، وطريقة " تيلر " والعدادات والنماذج المجسمة ، والكتب والخرائط البارزة ، وكذلك الكتب الناطقة وشرائط الكاسيت .. وغيرها ، كما يتعلمون غالبا فى مدارس داخلية خاصة بهم مزودة بالتجهيزات والكوادر البشرية المتخصصة .

أما ضعاف البصر فلا تختلف طرق تعليمهم فى المقررات الدراسية المختلفة كثيرا عما يستخدم مع المبصرين ، سوى فى طبيعة الوسائل والمواد التعليمية المستخدمة اللازمة للحصول على المعلومات والمفاهيم واكتساب الخبرات التعليمية ، معتمدين على استثمار مالدبهم من بقايا بصرية مع الاستعانة ما أمكن بمعينات البصر ؛ كالنظارات والعدسات المكبرة ، ومن هذه الوسائل الكتب الخاصة ذات الحروف والكلمات كبيرة الحجم والآلة الكتابية ، والخرائط الخاصة المبسطة كبيرة الحجم وقليلة التفاصيل ، والمصوّرات واللوحات واضحة المعالم ، كما تستخدم معهم أحيانا الكتب الناطقة والتسجيلات . وهم يتعلمون إما داخل الفصول الدراسية العادية ، مع توفير الخدمات الترفيهية الخاصة ، أو فى مدارس خاصة نهائية ، أو داخل فصول مستقلة ملحقه بمدارس المبصرين ، أو يقضون بعض الوقت مع أقرانهم المبصرين بالفصول العادية ، وبعضه الآخر فى فصول خاصة داخل المدارس العادية لمواجهة احتياجاتهم التعليمية .

أولا : بالنسبة للعميان :

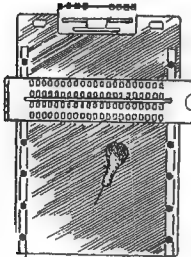
من الطرق والوسائل المستخدمة فى تعليم القراءة والكتابة طريقة " برايل " وآلة " برايل " الكتابية ، والآلة الكتابية العادية . كما يستخدم للمساعدة فى ذلك

وسائل سمعية من بينها أجهزة التسجيل الصوتى وشرائط الكاسيت ،والكتب الناطقة .

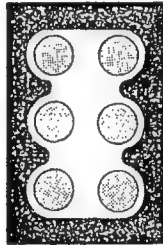
١ - طريقة "برايل"

تنسب إلى "لويس برايل" Braille . وأوجد طورها بناء على طريقة الكتابة الليلية التى اخترعها الضابط الفرنسى "باربيير" Barber ، لتيسير إرسال واستقبال التعليمات عبر الشفرة العسكرية إلى القوات الفرنسية أثناء حربها مع الألمان . وهى عبارة عن نظام للكتابة البارزة يمكن بواسطته للعميان أن يتعلموا الكتابة والقراءة ، وقد طرأت عليها عدة تعديلات حتى عرفت بطريقة "برايل" المعدلة بعد عام ١٩١٩ م .

ويتم تمثيل الحروف من خلال هذا النظام بنقاط بارزة عن طريق خلية صغيرة تسمى خلية "برايل" وتأخذ هذه الخلية شكلا مستطيلا به ٦ نقاط (٣×٢) كما فى شكل (١٦) حيث يمثل كل حرف باستعمال نقطة أو أكثر .



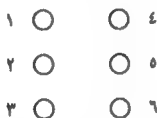
شكل (١٧) مسطرة وقلم برايل



شكل (١٦) خلية برايل

والوسيلة التقليدية للبدء فى تعليم الكتابة باليد وفقا لهذا النظام هى مسطرة ذات طبعتين يمكن تحريكها على لوح معدنى أو خشبى ، إضافة إلى قلم معدنى (شكل ١٧) . وتوجد أنواع ومقاسات مختلفة من هذه المسطرة بحيث يمكن حمل بعضها فى الجيب لاستخدامه فى تدوين الملاحظات .

ويتم استخدام القلم المعدني فى تثقيب النقاط بالضغط على ورقة خاصة تثبت على اللوح المعدني أو الخشبي ويتم تحريك المسطرة عليها ، ويجرى هذا التثقيب من خلال خانات تنتظم فى أربعة صفوف على طيقتى المسطرة المحددات " برايل " ، ويتم ذلك بدءا من الخانة الأولى بالصف الأول من جهة اليمين ، وبتدأ من الرقم واحد إلى الرقم ستة داخل كل خانة مثلما هو موضح بالشكل (١٨) وذلك حتى تنتهى خانات الصف الأول ، وعندها يتم الانتقال بالكيفية نفسها إلى الصف الثانى ، فالثالث ، فالرابع ثم يتم تحريك المسطرة إلى أسفل لشغل جزء جديد من الورقة ، وهكذا حتى تنتهى كتابة الورقة ، فيتم وضع ورقة أخرى . ويتبين من ذلك أن الكتابة بطريقة برايل تتم من اتجاه اليمين إلى اليسار ، بينما تتم القراءة من اليسار إلى اليمين عندما تقلب الورقة المكتوبة .

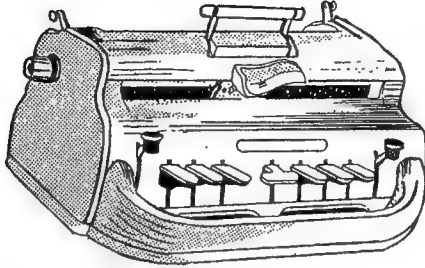


الشكل (١٨) كل خانة مقسمة إلى ستة أقسام لكل قسم رقم محدد

ويشتمل تعليم الكتابة والقراءة بطريقة برايل على عدة مراحل منها المرحلة الأولى "برايل ١" فى المرحلة الأساسية من تعليم القراءة وهى بدون اختصارات ، ويتم استخدام الاختصارات بشكل تدريجى فى المراحل التالية " برايل ١.٥ ، برايل ٢ " . وتعنى الاختصارات فى نظام " برايل " استخدام حرف ، أو رمز ، أو كلاهما ، أو رمزين معا للدلالة على كلمة ما ، بقصد زيادة السرعة فى الكتابة والقراءة ، وتوفيراً للأوراق المستخدمة فى الكتابة نظراً لكبر حجم حروف " برايل " .

ب - آلة " برايل " الكتابة :

وهى آلة مصممة خصيصاً للكتابة بطريقة برايل (شكل ١٩) ولها لوحة مفاتيح تتكون من ستة مفاتيح ، تمثل كل منها نقطة من نقاط خلية برايل وتنتظم المفاتيح فى مجموعتين يتوسطهما قضيب للمسافات ، حيث تمثل المفاتيح الموجودة إلى يسار قضيب



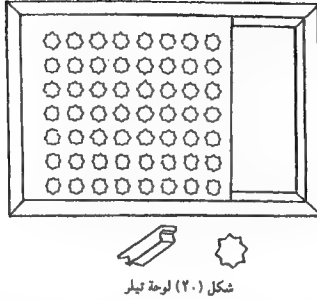
شكل (١٩) آلة "برايل" الكاتبة

المسافات النقاط ١ و ٢ و ٣ ، بينما تفتل المفاتيح الموجودة إلى يمينه النقاط ٤ و ٥ و ٦ ، ويمكن بالضغط على هذه المفاتيح كتابة أى جزء من الخلية .

ويفضل كثير من المتخصصين فى تعليم المعوقين بصريا استخدام الآلة الكاتبة عند البدء فى تعليم الكتابة للعميان ، لأنها تعد أكثر سهولة وفاعلية ، وأقل إجهادا للأطفال ، حيث تتطلب قوة عضلية أقل من تلك التى تتطلبها الكتابة اليدوية باستخدام مسطرة و قلم "برايل" ، كما أنها توفر للأطفال تغذية راجعة مباشرة تمكنهم من مراجعة وتصحيح ما يكتبون ، وتتيح لهم إحراز معدلات معقولة من السرعة والدقة فى الكتابة .
(ناصر موسى ، ١٩٩٦)

ج- الآلة الكاتبة العادية

تعد من أكثر الوسائل أهمية فى الكتابة بالنسبة للمعوقين بصريا ، حيث تمكنهم من التعبير عن أنفسهم ، وإنجاز الكثير من واجباتهم المدرسية متى كانوا مستعدين لاستخدامها ، كما تتيح لهم فرص التفاعل مع المبصرين الذين يصبح بإمكانهم قراءة أعمال العميان مباشرة ، إلا أن المشكلة الأساسية فى استخدام الأعمى للآلة الكاتبة العادية تكمن فى عدم مقدرة على مراجعة أعماله واكتشاف أخطائه الكتابية وتصحيحها ، وقد أمكن التغلب فى بعض الدول المتقدمة على هذه المشكلة عن طريق بعض برامج الحاسبات الآلية التى تكفل تغذية راجعة بوساطة "برايل" أو الصوت أو كلاهما معا .



شكل (٢٠) لوحة تيلر

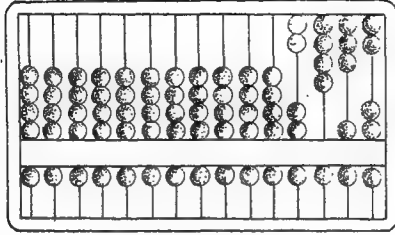
ومن أهم الطرق والوسائل المستخدمة فى تعليم المفاهيم والعمليات الحسابية للعميان طريقة " تيلر " والعكادات الحسابية ، والمكعبات والآلات الحاسبة الناطقة وغيرها .
طريقة " تيلر " :

تنسب تلك الطريقة إلى " وليم تيلر " وقد ابتدعها حوالى عام ١٨٣٨م عندما كان يقوم بالتدريس للعميان فى جلاسجو . ولوحة " تيلر " عبارة عن لوحة معدنية بها ثقوب كل منها على هيئة نجمة ثمانية الأضلاع ، وتنظم هذه الثقوب فى أعمدة وصفوف ، أما الأرقام والرموز فهى عبارة عن منشورات رباعية من المعدن .

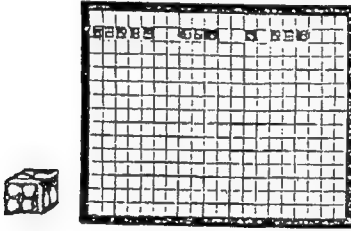
كما تستخدم وسائل أخرى كثيرة فى تعليم العمليات الحسابية والمفاهيم الهندسية إضافة إلى لوحة " تيلر " والعكادات والمكعبات (شكل ٢١ ، ٢٢) كالنماذج الطبيعية والمصنوعة ، والأشكال الهندسية ، ؛ كالدوائر ، والمربعات ، والمثلثات .

ثانيا : بالنسبة لضعاف البصر :

تستخدم فى تعليم ضعاف البصر سواء أكانوا فى الفصول العادية للمبصرين أم الفصول الخاصة بهم ، وسائل ومواد تعليمية ذات مواصفات خاصة لمساعدتهم فى مساهمة زملائهم المبصرين ، والتغلب على ما يعترضهم من عقبات نتيجة ضعف إبصارهم ، وفى استغلال بقايا إبصارهم إلى أقصى حد ممكن فى العملية التعليمية ، ومن هذه الوسائل ما يلى :



شكل (٢١) العدادات الحسابية



شكل (٢٢) المكعبات الفرنسية

١- الكتب الخاصة بضعاف البصر :

ويراعى فيها أن تكون ذات خط واضح وحروف كبيرة الحجم " بنط ٢٤ " ، وأن تكون المسافات بين السطور ، وبين الحروف ، وبين الكلمات ، متسعة بدرجة كافية كي لا تسبب إجهادا للعين أثناء القراءة ، كما ينبغي أن يكون حبر الطباعة أسود داكن غير لامع ، وتكون درجة التباين بين حبر الطباعة ولون ورق الكتابة شديدة حتى تكون الحروف

والكلمات واضحة تماما للقارئ ، كما يشترط أن يكون ورق الكتابة من نوع جيد وغير مصقول .

وربما تكون كتب الصفين الأول والثاني الابتدائيين المخصصة للمبصرين ، والتي تكتب حروفها وكلماتها عادة بخط كبير ، وملاتمة لبعض حالات ضعف البصر ، إلا أنه فى حالات أخرى يستلزم الأمر كتباً خاصة بهم ، وفى حالة عدم وفرتها فإنه يجب نسخها يدوياً بالحجم المناسب حتى يتمكنوا من متابعة دراستهم مع أقرانهم العاديين . وقد يستلزم الأمر فى بعض حالات أخرى تكون عرضة للإجهاد والتعب من جراء القراءة لفترة طويلة ، الاستعانة بقارئ للطفل أو ببعض التسجيلات الصوتية .

ب- الآلة الكاتبة :

يُدرَّب ضعاف البصر لاسيما فى الصفوف النهائية من الحلقة الأولى من التعليم الأساسى على استخدام آلات كتابة ذات حروف كبيرة ، ويرى البعض تأجيل تعلم هذه المهارة إلى الحلقة الإعدادية بينما يرى البعض الآخر التبكير فى إكسابها للطفل - تبعاً لاستعداداته - نظراً لما لها من دور فى تجنبه إجهاد العين الذى ينجم عن استمراره فى الكتابة البدئية لفترات طويلة ، وفى تمكينه من إنجاز كثير من واجباته الكتابية المدرسية بسرعة .

الأنشطة العملية للمعوقين بصريا :

إضافة إلى المقررات الدراسية الأكاديمية : كاللغة العربية والحساب والدراسات الاجتماعية ، توجد بعض المقررات الأخرى ذات الطابع العملى تسهم بتسسط وافر فى تكامل الشخصية واتزانها ، مما يستوجب العناية بها فى التعليم عموماً ، وبالنسبة للمعوقين بصريا خصوصاً ، وتوفير التجهيزات والأدوات اللازمة لها . ومن بينها :

الموسيقى :

تعد الموسيقى مادة أصيلة فى مناهج المعوقين بصريا ، ونظراً لأهميتها بالنسبة لهم فإن عدد الحصص المخصص لها يفوق عددها بالنسبة للمبصرين . ويمكن القول بأن تطوير العميان وضعاف البصر للحاسة السمعية كوسيلة اتصال بالعالم الخارجى ، واستغلالها وتدريبها بصفة مستمرة ، له أكبر الأثر فى تنمية مقدراتهم على التركيز واليقظة والاستيعاب ، والتذكر والتخيل السمعى والحساسية السمعية ، وجميعها من المكونات

الأساسية اللازمة فى الاستعداد الأداء والتذوق الموسيقى ، تماما كما هو الحال بالنسبة للصم والمعوقين سمعيا فى تطويرهم الحاسة البصرية كبديل عن السمع ، وما يترتب على ذلك من فاعلية وكفاءة بصرية .

وتفتح ممارسة الموسيقى المعوقين بصريا شعورا بالرضا والسعادة والراحة النفسية والثقة بالنفس ، وتساعدهم فى التعبير عن أنفسهم ، والتنقيص عن مشاعرهم ، والتخفيف من متاعبهم وشعورهم بالقلق والإحباط . كما تنمى الموسيقى مقدرة الطفل الأعمى على التركيز والانتباه والتفكير المجرد من خلال معرفته بالعلامات الإيقاعية وأشكالها ، والإحساس بالوحدة الزمنية ، والتمييز بين الأصوات والألحان ، وتقليد الإيقاعات .. وغيرها ، وهى توفر فرصا طيبة لتنمية موهبته وميوله وتذوقه للموسيقى ، كما تعد وسيلة مفيدة فى شغل وقت فراغه ، ومساعدته على التفاعل والاندماج مع الآخرين .

الفنون التشكيلية :

الفنون التشكيلية بمجالاتها وخاماتها وموادها المتنوعة تعد من أهم منافذ التعبير عن النفس ، وتصريف المشاعر والانفعالات والنزعات العدوانية ، وتجسيد التصورات والأمنيات ، وتحقيق الرضا والشعور بالنجاح وتعزيز الثقة بالنفس ، كما لا يخفى ما للأعمال الفنية التى ينتجها الطفل من أهمية فى تحقيق التفاعل مع الآخرين والاندماج بهم كما تسهم ممارسة الفنون التشكيلية فى تنمية المهارات اليدوية والتوافق الحاسحركى والتحكم العضلى من خلال تناول المواد المختلفة ومعالجتها ؛ كالطين والصلصال والتشكيل بالورق والعجائن الورقية وبقايا الخامات ، والأقمشة والخيط ... وغيرها ، كما تزود الطفل بمعلومات وفيرة وخبرات متسعة عن طبيعة الفن وتاريخه وتذوقه ، وطبيعة المواد المستخدمة وأساليب تشكيلها ومعالجتها ، فضلا عن اكسابه المهارات المتنوعة ، وهو ما يرسى أساسا يمكن استغلاله وتطويره من خلال الإعداد المهنى للمعوقين بصريا فيما بعد . كما تساعد الفنون التشكيلية العميان على تنمية الإدراك اللمسى ، وفى تنمية التذكر والتخيل والتمييز بين السطوح والأشكال ذات البعدين ، والهيئات ذات الثلاثة أبعاد .

وغالبا ما يتم التركيز بالنسبة للعميان على تطوير خبراتهم اللمسية من خلال تناول مواد طينة مرنة ؛ كالطين والعجائن ، لإنتاج أعمال فنية مجسمة أو بارزة قكنهم من ترجمة بعض المفاهيم وتجسيدها ، ويستطيعون تجسيدها بالأثامل . أما بالنسبة لضعاف

الإبصار فيمكن المزج بين خبراتهم البصرية واللمسية في ممارسة بعض الأعمال الفنية المسطحة والمجسمة ، بحيث يتم تجنب المواد والمساحات والموضوعات التى تتطلب معالجات دقيقة معقدة مجهدة للعين كما يراعى تنوع المواد والخامات المستخدمة بما يقابل استعدادات التلاميذ وميولهم ، واستخدام أوراق ذات مساحات كبيرة ، وطباشير و أقلام ملونة عريضة ، وكذلك الألوان الأساسية والساخنة ، مع التركيز على معالجة موضوعات تنصل بالخبرات الشخصية للتلاميذ والبيئة المحيطة بهم ، وتحقيق التكامل والترابط بين مختلف المقررات التى يتضمنها المنهج .

التوثيقات المكانية الخاصة فى مدارس المعوقين بصريا :

يمكن للقائمين على أمر مدارس المعوقين بصريا تطوير كثير من المشكلات الناجمة عن الإعاقة ، إذا ما روعيت الشروط الكفيلة بتيسير حركة الأعمى فى الوسط المدرسى . ومن بين هذه الشروط ما يلى :

أ - بالنسبة لمدارس العميان :

أ - أن تكون المدرسة فى موقع هادئ بعيدا عن أخطار المواصلات وضجيج المصانع ، وقريبا من المؤسسات الاجتماعية والعلاجية والمهنية ذات الصلة باحتياجات المعوقين بصريا للإفادة من نشاطاتها فى خدمتهم .

ب - أن تكون مساحتها الكلية مناسبة لأعمار التلاميذ وعددهم ونشاطاتهم ، ويراعى فى تصميم المبنى شروط الأمن والسلامة ؛ كالمنحدرات غير الحادة ، والأسطح غير الزلقة ، والأعتاب غير البارزة إلخ .

ج - أن يراعى فى تصميم المبنى المدرسى توفير كافة احتياجات العملية التعليمية ، والنشاطات التربوية والترويحية ، والإعاشة الداخلية ، وإشباع الميول والهوايات المختلفة لدى التلاميذ ، ومعايشتهم خبرات حاسية متنوعة .

د - أن يكون الطفل على علم ودراية تامة بتخطيط المبنى وطوبقه ومرافقه ؛ كمواقع السلام ، والفصول ، والفناء المدرسى ، والحديقة ، وغرف المدير والمعلمين ، والمشرفين والإخصائيين إلخ ، حتى يمكنه الانتقال والوصول إليها بيسر وسهولة .

هـ - إرشاد الطفل إلى المداخل والطرق التى يحتاج إلى استخدامها بصفة يومية مستمرة لقضاء حاجاته وانحياز مهامه ؛ كدورات المياه ، والفصول الدراسية ، وقاعات

الأنشطة ، والمقصف والمطعم .. وغيرها ، حتى يتعود كيف يتحرك وينتقل إليها معتمداً على نفسه دون مساعدة .

و - تدريب الطفل على استكشاف بيئة المدرسة ، واكتساب مهارات الحركة والتنقل ، وقد يتطلب الأمر في البداية الاستعانة بمُرشد أو دليل يمسك بذراعه إلى أن يكتسب هذه المهارات ، وينمى الارتباطات الحسية في مجال حركته ؛ كتغيرات السطوح والروائح ، والأصدا ، والأصوات التي تعمل كموجهات بالنسبة له تساعد في الاهتداء إلى الأماكن والأشياء منفردا وثقة أكبر .

ز - أن تكون الفصول الدراسية متسعة بدرجة كافية و ذلك لاستيعاب التجهيزات والأدوات والمواد اللازمة لتعليم العميان ، ولتيسير حركتهم وتنقلاتهم .

ح - حسن تنظيم محتويات البيئة المدرسية والفصول الدراسية ، مع تجنب التكدس والازدحام وتوفير المرات المناسبة لتحقيق سهولة حركة التلاميذ دون عوائق تعترض طريقهم .

ط - تنظيم مقاعد التلاميذ بما يكفل لهم القرب من المعلم ، والحركة الآمنة ، ويحسن أن يتراواح عدد التلاميذ في كل فصل بين ٨ و ١٢ تلميذاً .

ى - تنظيم الأجهزة والأدوات والمواد والوسائل التعليمية على أرفف بما يسمح بالوصول إليها واستخدامها بيسر وسهولة .

ك - أن تكون غرف الأنشطة العملية على مقربة من الفصول الدراسية ، أو تكون تجهيزاتها في ركن خاص من الفصل ذاته .

ل - أن تتضمن التجهيزات المدرسية متحفاً لمسياً يتضمن نماذج طبيعية ومصنوعة ، وأعمالاً فنية مجسمة ومسطحة بارزة ، لتسهيل اتصال العميان بالأشياء وقرأتها باللمس ، وإثراء خبراتهم عن مكونات بيئاتهم ، وتنمية تفوقهم الفنى .

٢ - بالنسبة لفصول ضعاف البصر :

من أهم ما يجب مراعاته في هذه الفصول ما يلي :

١ - أن يسمح تصميم الفصول بإدخال أكبر كمية من الضوء الطبيعي ، وفي حالة تعدد ذلك يمكن الاستعانة بالإضاءة الصناعية الكافية مع تجنب الظلال التي تسبب إجهاد

العين ، والستائر التى تقلل من كمية الضوء الداخل إلى الغرفة .

ب - أن تكون أسطح الجدران والأدراج غير لامعة لمعاناً شديداً أو تعكس بريقاً ، كما تكون ذات ألوان تبعث على الراحة والبهجة ويفضل اللون الأبيض .

ج - أن تكون الفصول مجهزة بمقاعد منفردة متحركة ذات أسطح مائلة ، وبسبورات ذات أجزاء متحركة يمكن ضبطها على مستويات مختلفة من النظر ، وبدواليب وأرفف لحفظ المواد والوسائل التعليمية ، وحوامل متحركة للقراءة تمكن الطفل من وضع الكتاب فى مستوى ملائم بالنسبة للعين .

د - تنظيم جلوس التلاميذ فى أفضل الأماكن بالنسبة لكل منهم من حيث درجة الإبصار ، ومواجهة الضوء .

هـ - حسن تنظيم محتويات الفصل ، وعدم تكديسه وازدحامه بحيث يكفل للتلاميذ الحركة بسهولة وفى أمان .

و - أن يراعى فى المصورات واللوحات المعروضة على الجدران البساطة ووضوح المعالم ، وقلة التفاصيل ، وعدم الازدحام بالمعلومات ، وأن تكون سطوحها غير لامعة ، وغير مغطاة بالزجاج بحيث لا تحدث بريقاً أو لمعانا .

الرعاية الإجتماعية للمعوقين بصريا :

يثل العمل مع المعوقين بصريا أحد المجالات المهنية الهامة بالنسبة للإخصائى الاجتماعى ، ويمارس الإخصائى دوره بشكل متكامل مع أدوار بقية أعضاء الفريق العلاجى ومن خلال تكامل طرق الخدمة الاجتماعية وأساليبها المتمثلة فى خدمة الفرد ، وخدمة الجماعة ، وتنظيم المجتمع ، وهى حلقات متصلة ومترابطة تبدأ بالفرد ودراسة حالته ورعايته ، وتأهيله وإدماجه فى الجماعة ، وتهيئة المجتمع لتقبله وكفالة حقوقه وتهيئة الخدمات اللازمة لرعايته .

ومن أهم واجبات الإخصائى الاجتماعى الذى يعمل مع المعوقين بصريا ما يلى :

١ - على مستوى المعوق بصريا .

١ - إجراء البحث الاجتماعى الشامل من حيث تاريخ الحالة وظروفها الأسرية والاجتماعية ، مع الإفادة من تقارير بقية أعضاء الفريق العلاجى .

ب - المشاركة فى إعداد الخطة المتكاملة لعلاج الطفل ورعايته التربوية والتأهيلية مع التأكيد على الجانب الاجتماعى .

ج - مساعدة الحالة فى الحصول على المساعدات والخدمات الطبية والاجتماعية والتأهيلية .
والتشغيلية .

د - تقديم الدعم والمساندة المهنية اللازمة للطفل ، وذلك لمساعدته على تقبل حالته والتكيف مع ظروفه ، والتخفيف من الضغوط النفسية والبيئية ، وما يعانيه من توتر وقلق .

هـ - تهيئة الأنشطة الاجتماعية والتربوية والثقافية التى تتيح للمعوقين بصريا التدريب والتنمية الحاسوبية والاجتماعية ، واكتشاف الاستعدادات والميول وصقلها ، والتعبير الذاتى ، والشعور بالإشباع والرضا والسعادة .

و - كفالة الفرص اللازمة لدمج المعوق بصريا فى عالم المبصرين من خلال تنمية مهارات التفاعل الاجتماعى ، والأنشطة المشتركة ، وتوثيق الصلة بالبيئة المحيطة ، وتشجيعه على الحركة والتنقل ، وتأهيله المهنى .

٣ - على مستوى الأسرة :

١ - مساعدة الأسرة على فهم حالة الطفل وتقبلها ، ومعرفة مشكلاته واحتياجاته ، وإشباعها بطريقة ملائمة .

ب - توعية الأسرة بكيفية التعامل مع الطفل ، ودورها فى تحقيق نموه الشخصى والاجتماعى واستقلالته واعتماده على نفسه .

ج - توجيه الأسرة إلى ضرورة تبني اتجاهات والدية وأسرية موجبة نحو الطفل ، والتخلى عن القيود التى تفرضها على حركته ونموه ، وتبصيرها بالآثار السلبية المترتبة على مشاغلها السلبية إزاءه .

د - تشجيع الوالدين على المشاركة فى نشاطات المدرسة لتعزيز تعلم طفلها المعوق بصريا ، وتوعيتها بأهمية تهيئة بيئة أسرية ملائمة ومشجعة على النمو التحصيلى الأكاديمى للطفل .

هـ - تبصير الأسرة وتعريفها بالخدمات المتاحة للطفل فى بيئته المحلية ، وكيفية الحصول عليها .

٣ - على مستوى المجتمع :

ا - المشاركة فى توعية العامة بمختلف الوسائل بأبعاد مشكلة الإعاقة البصرية ، وتعديل النظرة الاجتماعية السلبية تجاه المعوقين بصريا ، وتبصير الناس باحتياجاتهم وأساليب معاملتهم ومساعدتهم .

ب - المشاركة فى الدفاع الاجتماعى عن المعوقين بصريا ، وتأمين حقوقهم فى الرعاية الصحية والاجتماعية ، والتعليمية والتأهيلية والتشغيلية ، وحث المجتمع على توفير المزيد من هذه الخدمات وتعميمها بمختلف المناطق .

مراجع الكتاب

أولاً ، مراجع باللغة العربية ،

- ١ - إبراهيم زكى قشقوش دراسة العلاقة بين إدراك المكفوفين لاتجاهات المبصرين نحوهم وبعض جوانب توافقهم الشخصى والاجتماعى . بحث ماجستير غير منشور ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٧٢ .
- ٢ - إجلال محمد سرى برنامج لتعليم وتنمية المهارات الأساسية للأطفال المعوقين عقلياً مجلة كلية التربية (ع . ١٣) جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٨٩ .
- ٣ - أحمد محمد عبد الخالق " بعض الشروط المنهجية والضوابط الأخلاقية فى استخدام الاختبارات النفسية " ندوة المعايير النفسية والاجتماعية والضوابط للخدمات النفسية ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، شعبان ١٤٠٩ هـ - مارس ١٩٨٩ .
- ٤ - أسماء عبد الله محمد العيطة " تنمية بعض جوانب السلوك التكيفى لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً بدولة قطر " . مطبوعات المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة . وزارة التربية والتعليم . القاهرة ، ١٩٩٥ .
- ٥ - ألفرد هيلى وآخرون الخدمات المبكرة للأطفال ذوى الحاجات الخاصة (ترجمة : منى صبحى الحديدى وجمال محمد سعيد الخطيب) . مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية ، الإمارات العربية المتحدة ، ١٩٩٣ .
- ٦ - أنتونى ج . بيلون تعليم المعوقين بصرياً فى الفصول العادية للأسوياء (ترجمة : نظيرة حسن ، مراجعة : محمد السيد روجه) القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٩٦ .
- ٧ - بحرية داود الجفائنى دراسة تجريبية للخصائص النفسية للأطفال الصم . بحث ماجستير غير منشور ، كلية التربية جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٧٠ .
- ٨ - حمدي ابراهيم منصور دراسة وصفية لاتجاهات الوالدين نحو كف بصر طفلهما وعلاقته بالتوافق الشخصى والاجتماعى للطفل . بحث ماجستير غير منشور ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، القاهرة ، ١٩٨٦ .
- ٩ - زيدان أحمد السراطوى " الخصائص الشخصية للأطفال غير العاديين كما يراها

بعض طلبة جامعة الملك سعود ، دراسة استطلاعية " . مركز البحوث التربوية ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، ١٤١٠ هـ - ١٩٨٩ م .

١٠- زينب محمود اسماعيل دراسة مقارنة بين الأطفال الصم كليا أو جزئيا وعادى السمع من حيث الاستجابات العصبية . بحث ماجستير غير منشور ، كلية التربية جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٦٨ .

١١- سيد خير الله ولطفى بركات أحمد سيكولوجية الكفيف وتربيته . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٦٧ .

١٢- صالح عبد الله هارون دراسة أثر البرامج التربوية الخاصة فى توافق المتخلفين عقليا فى المرحلة الابتدائية . بحث دكتوراه غير منشور ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٨٥ .

١٣- عبد الرحمن علس " ضوابط استخدام الاختبارات النفسية ندوة المعايير النفسية والاجتماعية والضوابط للخدمات النفسية " . كلية التربية جامعة الملك سعود ، الرياض ، شعبان ١٤٠٩ - مارس ١٩٨٩ .

١٤- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم " تفضيل الشكل كأسلوب فارق لشخصية الأطفال الصم وضعاف السمع ، وأثر استخدام الإرشاد باللعب فى خفض الاستجابات العصبية " . بحوث المؤتمر السنوى الأول للطفل المصرى (م . ثان) مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٨٨ ص : ٤١٣ - ٤٢٩ .

١٥- عبد الرازق عمار " عوائق التربية الخاصة " . المجلة العربية للتربية (السنة الثانية ، عدد أول) إدارة التربية بالمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، تونس ، يناير ١٩٨٢ ، ٨٩ - ١٢٤ .

١٦- عبد السلام عبد الغفار التفوق العقلى والابتكار . القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٧٧ .

١٧- عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ سيكولوجية الطفل غير العادى والتربية الخاصة . القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٨٥ .

١٨- عبد العزيز السيد الشخص " دراسة لاتجاهات بعض العاملين فى مجال التعليم نحو المعوقين " . مجلة دراسات تربوية (م: ١ ، ج: ٤) القاهرة : عالم الكتب ،

سبتمبر ١٩٨٦ ، ص : ٦٣ - ١٠٧ .

١٩- عبد العزيز السيد الشخص "دراسة لمتطلبات إدماج المعوقين فى التعليم والمجتمع العربى" . رسالة الخليلج العربى (ع . ٧١ ، السنة السابعة) مكتب التربية العربى لدول الخليلج ، الرياض ، ١٤٠٧ هـ - ١٩٨٧ م . ص ١٨٩ - ٢١٩ .

٢٠- عبد العزيز السيد الشخص "دراسة لكل من السلوك التكيفى والنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المعوقين سمعياً وعلاقتها بأسلوب رعاية هؤلاء الأطفال" بحوث المؤتمر السنوى الخامس للطفل المصرى (م . ثانى) ، مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس . القاهرة ، ١٩٩٢ . ص : ١٠٢٢ - ١٠٤٦ .

٢١- عبد المطلب أمين القريطى "الدور العلاجى للنشاط غير الأكاديمى فى برامج المعوقين" فى : الكتاب السنوى فى علم النفس . (تحرير : فؤاد أبو حطب) الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٨٦ . ص : ٤٣٠ - ٤٤٦ .

٢٢- عبد المطلب أمين القريطى "دراسة لاهتمامات طلاب الجامعة نحو المعوقين وعلاقتها ببعض المتغيرات" بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس فى مصر ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالاشتراك مع جامعة الأزهر . ٦-٨ يونيو ، ١٩٩٢ . ص : ٢٦٣ - ٢٩٠ .

٢٣- عبد المطلب أمين القريطى فى سيكولوجية الفن والتربية الفنية . القاهرة : المطبعة الفنية الحديثة ، ١٩٩٣ "أ" (رقم إيداع ٣٥٤٧ / ٩٣) .

٢٤- عبد المطلب أمين القريطى "اهتمامات طلاب كلية التربية نحو المعوقين" مجلة مركز معوقات الطفولة (م . ثانى ، ع . أول) ، جامعة الأزهر ، القاهرة ، مارس ١٩٩٣ "ب" . ص : ١٠٣ - ١٤١ .

٢٥- عبد المطلب أمين القريطى مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال . القاهرة : دار المعارف ، ١٩٩٥ .

٢٦- عفاف محمد عبد المنعم حسن بعض المتغيرات النفسية المرتبطة بالشعور بالاغتراب لدى طلاب الجامعة المبحرين والمكفوفين . دراسة عاملية مقارنة . بحث دكتوراه غير منشور ، كلية الآداب ، جامعة الاسكندرية ، الاسكندرية ، ١٩٨٨ .

- ٢٧- علا عبد الباقي إبراهيم قشطة دراسة مدى فاعلية برنامج للتدريب على بعض المهارات المنزلية فى تنمية مفهوم الذات لدى المتخلفات عقلياً . بحث ماجستير غير منشور كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ١٩٩١ .
- ٢٨- علا عبد الباقي إبراهيم قشطة " برنامج بعض فنيات تعديل السلوك فى خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعوقين عقلياً " . مطبوعات المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة . وزارة التربية والتعليم . القاهرة ، ١٩٩٥ .
- ٢٩- عمر بن الخطاب خليل " منحى تقييم المتخلفين عقلياً " . مجلة مركز معوقات الطفولة (ع . أول) ، جامعة الأزهر ، القاهرة . يناير ١٩٩٢ . ص : ٢٦١-٢٧٨ .
- ٣٠- فاروق محمد صادق سيكولوجية التخلف العقلى . عمادة شئون المكتبات ، جامعة الملك سعود ، الرياض . ١٤٠٢ هـ - ١٩٨٢ م .
- ٣١- فاروق محمد صادق دليل مقياس السلوك التكيفى (ط.٢) القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٨٥ .
- ٣٢- فاروق محمد صادق " برامج التربية الخاصة فى مصر تكون أو لا تكون " فى : بحوث المؤتمر السنوى الأول للطفل المصرى (م . أول) مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس ، ١٩ - ٢٢ مارس ١٩٨٨ . ص : ٥٢ - ٦٤ .
- ٣٣- فاروق محمد صادق " دور الإخصائى النفسى فى برامج ذوى الحاجات الخاصة وعينة من المآزق الأخلاقية المهنية " . مجلة مركز معوقات الطفولة (ع . أول) جامعة الأزهر ، القاهرة ، يناير ١٩٩٢ . ص ٧ - ٣٢ .
- ٣٤- فاروق محمد صادق " أسس ومبادئ تصميم برامج التربية الخاصة والتأهيل " بحوث ودراسات فى التربية الخاصة (الامتراجيجيات والنظم) المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة ، وزارة التربية والتعليم ، القاهرة . أكتوبر ١٩٩٥ . ص : ٣ - ١٣ .
- ٣٥- فتحى السيد عبد الرحيم أثر فقدان البصر على تكوين مفهوم الذات . بحث دكتوراه غير منشور . كلية التربية ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٦٩ .
- ٣٦- فتحى السيد عبد الرحيم قضايا ومشكلات فى سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين . الكويت : دار القلم ، ١٤٠٣ هـ - ١٩٨٣ .

- ٣٧- فتحى السيد عبد الرحيم وحليم السعيد بشاى سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة . (جزءان) الكويت : دار القلم ، ١٤٠٠ هـ - ١٩٨٠ .
- ٣٨- فيوليت فؤاد ابراهيم " مدى فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم " . بحوث المؤتمر السنوى الخامس للطفل المصرى (المجلد الثانى) مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس ، القاهرة ، ٢٨-٣٠ ابريل ١٩٩٢ . ص ٩٨٣ - ١٠٢٢ .
- ٣٩- قدرية إبراهيم الكيلانى العلاقة بين الاتجاهات الوالدية وتوافق المراهقات الكيفيات بحث ماجستير غير منشور . كلية الدراسات الإنسانية ، جامعة الأزهر ، القاهرة ، ١٩٨٠ .
- ٤٠- كمال ابراهيم مرسى التخلف العقلى وأثر الرعاية والتدريب فيه . القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٧٠ .
- ٤١- كمال ابراهيم مرسى " التدخل المبكر فى رعاية التخلف العقلى ودور الإرشاد النفسى فيه " . مجلة الإرشاد النفسى (العدد الرابع ، السنة الثالثة) مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٩٥ . ص ٢١ - ٥٠ .
- ٤٢ - لطفى بركات أحمد تربية المعوقين فى العالم العربى . الرياض : دار المريخ ، ١٩٨١ .
- ٤٣- لىلى كرم الدين " الاتجاهات الحديثة فى رعاية الأطفال المعوقين " مجلة ثقافة الطفل (م . ١٠) المركز القومى لثقافة الطفل بالقاهرة ، ص : ٢٩ - ٣٩ .
- ٤٤- لىلى كرم الدين " نموذج لبرنامج للتنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم بمدارس التربية الفكرية " . مطبوعات المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة ، وزارة التربية والتعليم ، القاهرة ، ١٩٩٥ .
- ٤٥- ليندا دافيدوف مدخل إلى علم النفس . (ط . رابعة) (ترجمة : سيد الطواب وآخرون ، مراجعة : فؤاد أبو حطب) القاهرة : الدار الدولية للنشر والتوزيع ، ١٩٨٨ .
- ٤٦- ليندا هارجوف وجيمس بوتيت التقييم فى التربية الخاصة (ترجمة : عبد العزيز مصطفى السرطاوى وزيدان أحمد السرطاوى) الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية

١٤٠٩ هـ - ١٩٨٨ م .

٤٧- مصطفى فهمى مجالات علم النفس . سيكولوجية الأطفال غير العاديين .
القاهرة : مكتبة مصر ، ١٩٨٠ .

٤٨- مصطفى فهمى أمراض الكلام (ط . خامسة) . القاهرة : مكتبة مصر ،
١٩٨٥ .

٤٩- المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم " أوضاع التربية الخاصة فى الوطن
العربى " . المجلة العربية للتربية (السنة الثانية ، ج . أول) إدارة التربية ،
تونس ، يناير ١٩٨٢ ، ١٢٥ - ١٥٤ .

٥٠- ناصر على موسى " دمج الأطفال المعوقين بصرياً فى المدارس العادية ، طبيعته ،
برامجه ومبرراته " . مركز البحوث التربوية ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ،
الرياض ، ١٤١٣ هـ - ١٩٩٢ م .

٥١- ناصر على موسى " المنهج الإضافى ودوره فى تنمية المهارات التعويضية لدى
الأطفال المعوقين بصرياً " . فى : بحوث ودراسات فى التربية الخاصة (المحتوى
والعمليات) المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة فى مصر ، وزارة التربية والتعليم .
القاهرة ، أكتوبر ١٩٩٥ . ص : ٦٥ - ١٠٠ .

٥٢- نعمات عبد الحائق سيد " الشعور بالأمن النفسى وعلاقته بالقبول - الرفض
والوالدى ، دراسة مقارنة بين المبحر والكفيف " . مجلة معوقات الطفولة (م :
ثالث ، ج : أول) ، جامعة الأزهر ، القاهرة ، أبريل ١٩٩٤ . ص : ٧٣ - ١١٥ .

٥٣- نهى يوسف اللحامى " دراسة تجريبية للتضيق الاجتماعى وعوامل الشخصية لدى
الصم " بحث ماجستير غير منشور ، كلية الدراسات الإنسانية ، جامعة الأزهر .
القاهرة ، ١٩٨٠ .

٥٤- نهى يوسف اللحامى " دراسة اتجاهات عينة من المجتمع نحو المتخلفين عقلياً " .
مجلة كلية التربية (ج : تاسع ، السنة الرابعة) جامعة الزقازيق ، الزقازيق ، مايو
١٩٨٩ ص : ٧٣ - ٩٤ .

٥٥- وزارة التربية والتعليم القرار الوزارى رقم ٣٧ بشأن اللائحة التنظيمية لمدارس
وفصول التربية الخاصة ، ٢٨ يناير ١٩٩٠ .

- ٥٦- وزارة التربية والتعليم " نحو تربية خاصة أفضل " مطبوعات المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة ، القاهرة ، اكتوبر ١٩٩٥ "أ" .
- ٥٧- وزارة التربية والتعليم " التربية الخاصة : الوضع الراهن " مطبوعات المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة ، القاهرة ، أكتوبر ١٩٩٥ "ب" .
- ٥٨- وزارة التربية والتعليم الإدارة العامة للتربية الخاصة ، الإحصاء الاستقرارى لعام ١٩٩٥ - ١٩٩٦ ، القاهرة ، ١٩٩٦ .
- ٥٩- ولغرد برينان منهج ذوى الحاجات الخاصة . (ترجمة : زيدان أحمد السرطاوى وعبد العزيز مصطفى السرطاوى) مكتبة الصفحات الذهبية للنشر والتوزيع ، الرياض ، ١٤١٠ هـ - ١٩٩٠ .
- ٦٠- يحيى عبد الرؤوف جبر " اللغة والأذن " رسالة الخليج العربى (ع . ٢٥ ، س . ثامنة) مكتب التربية العربى لدول الخليج ، الرياض ، المملكة العربية السعودية ، ١٤٠٨ هـ ١٩٨٨ م . ص ٣ - ٣٠ .
- ٦١- يوسف فريد القريوتى وعبد العزيز مصطفى السرطاوى " دراسة مسحية لعمليات التقويم المستخدمة فى معاهد التربية الخاصة فى مدينة الرياض " . مركز البحوث التربوية ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، ١٤٠٨ هـ - ١٩٨٨ م .
- ٦٢- اليونسكو التقرير النهائى لخبراء التربية الخاصة . باريس ، ١٥ - ٢٠ أكتوبر ١٩٧٩ .

هانيا ، مراجع باللغة الانجليزية ،

- 63- Anastasi , A . Psychological Testing . (5.th Ed) New York : Macmillan 1982 .
- 64- Barraga , N . Sensory Perceptual Development . In : G . T . Schol (Ed.) Foundations of Education for Blind and Visually Handicapped Children and Youth : Theory and Practice . N . Y . American Foundation for the Blind , 1986 .
- 65- Barraga , N . C . Perspective on Working with Visually Impaired Persons World Wide . J . of Visual Impairment and Blindness , 1989 , 83 , 84 - 87 .
- 66- Blackbourn , J . Varying Personal Arrangement and Self Concept of Educable Mentally Retarded Children in Grad I . Perceptual and Motor Skills . 1988 , 66 , 3 , 1013 - 1014 .

- 67- Calhoun, G. & Elliott R. Self Concept and Academic Achievement of Educable Retarded and Emotionally Disturbed Pupils . Exceptional Children , 1977 , 44 , 379-380 .
- 68- Cheung , M . The Impact of the Play Environment on the Social Integration of Mentally Retarded and Non - Disabled Children , Diss . Abs . Inter . , 1990 , 50 , 11 , 5376 - B .
- 69- Doll , E . A . The Essentials of an Inclusive Concept of Mental Deficiency . American J . of Mental Deficiency , 1941 , 46 , 214 - 219 .
- 70- Dunn , L . M . Special Education for Mildly Retarded : Is much of it justifiable ? Exceptional Children , 1968 , 35 , 5 - 22 .
- 71- Gaitskell , C . D . & . Hurwitz , A . Children and their Art (2nd ed) N . Y . : Harcourt Brace & World , Inc . , 1970 .
- 72- Gamble , P . et al . Comparison of Classroom Behavior of Special Class E M R , Integrated E M R , Low I . Q . and Nonretarded Children . American J . of Mental Deficiency , 1974 , 79 , 16 - 21 .
- 73- Garrison , K . C . & Force , D . G . The Psychology of Exceptional Children (4 th . ed .) N . Y . : The Ronald Press Comp . 1965 .
- 74- Gottlieb , J . et al . Classroom Behavior of Retarded Children before and after Integration into Regular Classes . The J . of Special Education , 1975 , 9 , 3 .
- 75- Green . S . C . and et al . Attitudes of Educators toward Handicapped and Non - Handicapped Children . Psycho . Report 1979 . 44 . pp . 829-30 .
- 76- Grossman , H . J (Ed.) Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation . (Rev.ed) Washington , D . C . : A A M D , 1977 .
- 77- Hallahan D . P . & Kauffman , J . N . Exceptional Children : Introduction to Special Education . (2nd . ed.) Englewood Cliffs : Prentice - Hall , Inc . 1978 .
- 78- Iano , R . Shall We Disband Our Special Classes ? Exceptional Children , 1982 , 6 , 170 .
- 79- Kirk , S . & Gallagher , J . Educating Exceptional Children (2nd . ed.) Boston Houghton Mifflin Co . , 1979 .
- 80- Levine , Edna A . Youth in a Soundless World , A Search for Personality . N . Y . Univer . Press , 1957 .
- 81- Lilly , S . M . Special Education . Exceptional Education : A teapot in a tempest . Exceptional Children , 1970 , 37 , 43-48 .
- 82- Lowenfeld , B . The Changing Status of the Blind from Separation to Integration . Springfield ILL . : Claris C . Tomas , 1975 .
- 83- Meadow , K . P . The Development of Deaf Children , In : E . He-

- therington (Ed.) Review of Child Development Research . Chicago : Univer . of Chicago Press , 1975 . pp . 441 - 507 .
- 84- Parish , T . & et al . Assessment and Attempted Modification of Future Attitudes toward Handicapped Children . Perceptual and Motor Skills , 1977 . 44 . pp . 540-42 .
 - 85- Parish , T . and Taylor , J . The Personal Attribute Inventory for Children : A Report on it's Validity and Reliability as a Self Concept Scale . Educational and Psychological Measurement , 1978 .
 - 86- Reivich , R . S . & Rothrock , I . A . Behavior Problems of Deaf Children and Adolescents : A Factor - Analytic Study . J . of Speech and Hearing Research , 1972 . pp . 93-104 .
 - 87- Silver , Rawley A . The Role of Art in the Conceptual Thinking , Adjustment and Aptitudes of Deaf and Aphasic Children . Unpublished Doctoral Disse , Columbia Univer . , Ann Arbor , Mich , Un Microfilms , Inc . , 1966 .
 - 88- Siperstein , N . G & Bak , I . I . Improving Children's Attitudes toward Blind Peers . J . of Visual Impairment and Blindness , 1980 , 51 , 21 - 39 .
 - 89- Swanson , B . M . & Willis , D . J . Understanding Exceptional Children and Youth : An Introduction to Special Education . Rand McNally College Publishing Co . Chicago , 1979 .
 - 90- Telford , C . W . & Sawrey , J . M . The Exceptional Individual (4th ed) Englewood Cliffs . N . J . Prentice Hall , 1981 .
 - 91- Tredgold , A . F . A Textbook of Mental Deficiency (6th. ed.) wood
 في كمال دسوقي ذخيرة علوم النفس (المجلد الأول) القاهرة : البار
 العربية للنشر والتوزيع . ١٩٨٨ .

توصيات المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة *

القاهرة : ١٦ - ١٩ أكتوبر ١٩٩٥

مقرر عام المؤتمر : ا. د. فاروق محمد صادق

١ - المفاهيم والمصطلحات

١ - مقدمة : اتفق المشاركون في المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة في مصر على استخدام مصطلح " الطفل من ذوي الحاجات الخاصة " للدلالة على كل المصطلحات التي سبق استخدامها في برامج وخدمات التربية الخاصة والتأهيل :

١ - ١ - التعريف : يقصد بالفرد الخاص كل فرد يحتاج طوال حياته أو خلال فترة من حياته إلى خدمات خاصة لكي ينمو أو يتعلم أو يتدرب أو يتوافق مع متطلبات حياته اليومية أو الأسرية أو الوظيفية أو المهنية ويمكنه بذلك أن يشارك في عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بقدر ما يستطيع وبأقصى طاقاته كمواطن . ومن ثم فإن هؤلاء الأطفال هم ذوو الحاجات الخاصة

١ - ٢ - التصنيف : ينتمي الفرد من ذوي الحاجات الخاصة إلى فئة (أو أكثر) من الفئات التالية :

١ - ٢ - ١ - التفوق العقلي والموهبة الإبداعية .

١ - ٢ - ٢ - الإعاقة البصرية بمستوياتها المختلفة .

١ - ٢ - ٣ - الإعاقة السمعية - الكلامية واللغوية ومستوياتها المختلفة .

١ - ٢ - ٤ - الإعاقة الذهنية بمستوياتها المختلفة .

١ - ٢ - ٥ - الإعاقة البدنية - والصحية الخاصة .

١ - ٢ - ٦ - التأخر الدراسي ، وبطء التعلم .

* شارك المؤلف في أعمال هذا المؤتمر : عضواً باللجنة التحضيرية العامة ، ولجنة التحكيم العلمي ، ولجنة البرامج الفنية ، ولجنة المطبوعات والنشر ، ومقرراً للجنة الصياغة والتوصيات والمتابعة ، كما شارك بورقة بحثية عن الأطفال الموهوبين ، ومقرراً لجلسة بحوث في التربية الخاصة ، ورئيساً لجلسة بحوث استراتيجيات وتنظيم التربية الخاصة .

- ١ - ٢ - ٧ - صعوبات التعلم الأكاديمية والتمائية .
- ١ - ٢ - ٨ - الاضطرابات السلوكية والانفعالية .
- ١ - ٢ - ٩ - الإعاقة الاجتماعية وتحت الثقافية .
- ١ - ٢ - ١٠ - الأوتيسية (الاجترارية أو التوحدية)
- ١ - ٣ - ٣ - مسلمات للتطوير : إن المشاركين في المؤتمر ومن واقع المسؤوليات القانونية لوزارة التربية والتعليم لتعليم هذه الفئات ومن منطلقات حالة أكيدة يمكنهم رؤية الطريق من خلال عدة مسلمات حاضرة - ومستقبلية وهي :
- ١ - ٣ - ١ - ضرورة سحب الخدمات التعليمية تدريجيا إلى فئات مستجدة بعد النمذجة والتجريب .
- ١ - ٣ - ٢ - تنوع الاستراتيجيات والاقتراب من نماذج " الدمج " تدريجيا مع دعم هذه الخدمات مع دوام التقويم .
- ١ - ٣ - ٣ - إن التربية الخاصة لها كيانها المستقل الذي يمكنه التكامل مع التعليم العام حتى الجامعى وما بعده من أجل كل المواطنين الذين يحتاجون خدماتها ومن ثم فإن استكمال هيكلتها تمثل ضرورة قصوى في نظامنا التعليمى الحالى لضمان التميز والجودة . ١ - ٣ - ٤ - إن التربية الخاصة تتطلب فى تأديتها نظاما متعدد التخصصات ولذلك فإن أكبر ضمان لنجاح برامجها هو توفير تلك الخدمات والتنسيق بينها ، وتقديمها بطريقة تكاملية ومستمرة للطفل الخاص مع مساندة أسرته .

٢ - الاستراتيجيات والنظم المستحدثة

- يوصى المؤتمر بضرورة اعتبار أن الاستراتيجيات ونماذج البرامج المستحدثة والتي عرضت فى جلسات المؤتمر ، مشروعات رسمية ضمن الخطة المرحلية للوزارة فى تطوير برامج التربية الخاصة ومراعاة ما يلى :
- ١ - ٢ - عقد ندوات خبراء ثم ورش عمل لتطوير ومعايرة هذه الاستراتيجيات ونظم البرامج المستحدثة وتطويرها للنمذجة والتجريب فى عدد من الفصول أو المدارس وتضمن هذه الاستراتيجيات والنظم ما يلى :
 - ١ - ٢ - ١ - التفوق العقلى والموهبة (نموذج إثرائى فى المدارس الابتدائية) .

٢ - ١ - ٢ - الإعاقة البدنية والمشكلات الصحية الخاصة (شلل الأطفال - والشلل الدماغي) .

٢ - ١ - ٣ - التدخل المبكر (نماذج متعددة - قصيرة المدى فى مجتمعات عشوائية ونماذج لحالات عضوية مثل عرض داون وغيرها .

٢ - ١ - ٤ - التأخر المدرسى (نموذج عمل المدرسة الابتدائية)

٢ - ١ - ٥ - صعوبات التعلم (نموذج لغرفة مصادر المدرسة الابتدائية) وعبادة نموذجية للقراءة العلاجية .

٢ - ١ - ٦ - الأوتيسية (التوحدية ، نموذج لفصول فى جو مدرسى فى المرحلة الابتدائية) .

٢ - ١ - ٧ - المتعدد الإعاقة : بتكثيف الخدمات فى فصول ذوى الإعاقات المتوسطة أو الشديدة الموجودة حالياً) ، وغيرها من الاستراتيجيات التى تراها الوزارة ضرورية فى مراحل التطوير .

٢ - ٢ - التقويم الشامل للاستراتيجيات المعمول بها حالياً فى تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة : وهى مدارس التربية الخاصة ، والفصول الخاصة الملحقة بمدارس العاديين ، بما يحقق زيادة فعاليتها لأقصى درجة ممكنة ، وعلى أن يتم التدريج فى تطبيق استراتيجيات دمج الفئات الخاصة مع العاديين بدءاً من رياض الأطفال بعد تجهيزها ميدانياً ، ثم تعميمها بالتدريج ، وعلى أن تبقى الإقامة الداخلية فى الحالات الضرورية ، مع ضرورة تيسير فرص الاحتكاك و التفاعل وممارسة الأنشطة المشتركة بين الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة والعاديين فى مدارس التعليم العام ، تمهيداً للدمج على مراحل زمنية مناسبة بعد التأكد من ملامح نجاحها .

٢ - ٣ - يتطلع المقرر إلى الإسراع فى اتخاذ الإجراءات التنفيذية اللازمة لتخصيص فصل أو فصلين للنوى الاحتياجات الخاصة ، بكل مدرسة من المدارس الجديدة لهيئة الأبنية التعليمية ، وعلى أن يحدد نوع الفصول حسب الاحتياجات البيئية المحلية .

٢ - ٤ - تحديد آليات فاعلة تتناسب مع ظروف مجتمعنا للاكتشاف المبكر لذوى الاحتياجات الخاصة على أن يكون نموذجها " فريق عمل متكامل " من التخصصات المختلفة ، وتوفير مثل هذا النموذج محلياً .

٢ - ٥ - إعداد برامج للتدخل المبكر " الإثرائية " والتوجيهية والعلاجية والتعويضية المناسبة لكل فئة من ذوى الاحتياجات الخاصة ولاسيما فى مرحلة ما قبل المدرسة ، وتحديد أساليب القياس والتقييم الشامل قبل عملية التدخل وأثناءها ، وبعدها .

٢ - ٦ - ضرورة رعاية المظاهر المتعددة للتفوق العقلى والموهبة فى المجالات الفنية والأدبية والرياضية وغيرها من المجالات العملية والأدائية وعدم الاقتصار فى ذلك على التفوق من حيث التحصيل الأكادىمى ، وعدم اعتبار الذكاء - كمشك وحيد - للتفوق العقلى أو الموهبة .

٢ - ٧ - السماح باستخدام استراتيجية الإسراع التعليمى ، وذلك بإتاحة الفرصة أمام المتفوقين للتقدم فى السلم التعليمى بناء على نجاحهم فى الاختبارات المطلوبة ، دون التقيد بقضاء الأعوام الدراسية كاملة .

٢ - ٨ - إنشاء مدارس نوعية تجريبية على مستوى كل محافظة أو عدة محافظات متجاورة ، تختص بمظاهر التفوق العقلى والموهبة ، وذلك طبقا لبرنامج مستقل ، وعندما تتوافر المصادر التعليمية والإمكانات اللازمة يمكن إدخال استراتيجية المتفوقين مع العاديين .

٢ - ٩ - الاستعانة باستراتيجية " فصول الخدمات " والتي يؤدى خدماتها " المدرس الزائر " أو " الإخصائى الزائر " متخصصاً فى تقديم خدماته فى أكثر من مدرسة فى زمن محدد فى أيام محددة من الأسبوع ، وذلك لكى يتم التعامل مع المشكلات التعليمية أو السلوكية التى لا يتوافر لها مدرس أو إخصائى واحد طوال الأسبوع فى المدرسة ، مع العناية بتدريب هؤلاء المعلمين تدريباً جيداً وتوفير وسائل الانتقال لهم فى المناطق النائية .

٣ - فى شأن برنامج التربية الخاصة الخاص

لقد اتضح من مراجعة نظام التربية الخاصة فى مصر خلال انعقاد لجان المؤتمر وما سبقها من لجان نقاشية ، الحاجة الماسة إلى المراجعة الشاملة من حيث :

٣ - ١ - مراجعة عدد سنوات البرامج التعليمية الخاصة كسلم تعليمى فى ضوء معايير تقويمية منهجية مقابلة للتعليم العام زمنياً أو تحصيلياً أو توافقياً .

٣ - ٢ - مراجعة نظم القبول أو التحويل من التعليم العام أو إليه في ضوء معايير التقييم الشامل والتي يتحدد على أساسها أصلاح البرامج للطفل في بيئة أقل تقييداً وأكثر دمجاً له مع العاديين وأكثر استظهاراً لإمكاناته .

٣ - ٣ - يطبق نظام اليوم الكامل بالتدرج كلما أمكن ذلك مع مراعاة توفير احتياجاته في المدارس والفصول الخاصة .

٣ - ٤ - أن يأتي قرار قبول الطفل في البرامج جمعياً من فريق العمل بعد التأكد خلال فترة ملاحظة كافية من إمكانات الطفل وقصوراته ، وتكوين صورة واضحة عنه ، حتى لو احتاج الأمر إلى تعدد فترات الملاحظة لاستكمال التشخيص أو التعرف ، ولإماتع من قبول الطفل بأكثر من إعاقة إذا كانت حالته تضمن استفادته من البرنامج دون نتائج سلبية .

٣ - ٥ - أن يعد لكل طفل برنامج فردي للرعاية يتناسب مع احتياجاته ويكلف به عدد من المعلمين أو الإخصائيين لتنفيذه من خلال البرنامج الفصلي أو خارجه ، مع المتابعة الدقيقة والتقييم المستمر .

٣ - ٦ - يكون تسكين الطفل مع مجموعة من الأطفال بحيث يتوافق أداته معهم دون تضحية تذكر في تباين الخلفيات الاجتماعية أو الاقتصادية أو السلوكية التي قد تؤثر سلباً على بيئة الفصل .

٣ - ٧ - يكون نقل الطفل من مجموعة إلى مجموعة أخرى أو من مستوى إلى مستوى آخر باعتبار مجموع تفاعل المتغيرات التي تحكم أدائه الحاضر ، وأدائه المستقبلي المتوقع من خلال مؤشرات سلوكية وأدائية يتفق عليها فريق العمل .

٣ - ٨ - أن يكون لكل طفل سجل شامل لحالته ومتعلقات البرنامج في كل المراحل من الإمكانات والقصور ، والاستعدادات والمستويات في أدائه المختلفة ، ومراحله ، وأنشطته حتى يكون هذا السجل مفيداً لفريق العمل في كل النواحي وفي كل مراحل البرنامج حتى الانتهاء من التعليم أو التأهيل .

٤ - التعرف المبكر والتقييم الشامل

٤ - ١ - يوصى المؤتمر بتبني نموذج معايير نمو الطفل المصري منذ مرحلة ما قبل المدرسة

(المجلس القومي للطفولة والأمومة ١٩٩٤) بأبعاده المختلفة ومعاييرها المحلية ، واستخدامه - كهداية - فى عمليات التعرف والتشخيص الشامل ، وتحديد مواطن الإمكانات والقصور لدى الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة ، واعتباره وما شابهه من أدوات مصرية ، أدوات رئيسية ومبدئية ، تتلوه أدوات أخرى بحسب اختلاف الأغراض . ويلفت المؤتمر نظر المعلمين والإخصائيين بخاصة ، والعاملين فى برامج التربية الخاصة بعامة إلى :

٤ - ٢ - ضرورة استكمال نواحى التعرف - أو التشخيص - باستخدام أدوات مقننة ثابتة وصادقة بمواصفاتها السيكمترية ، سواء كان ذلك فى العيادات الطبية ، أو داخل المدارس والمؤسسات المعنية ، وبحيث يتسنى للإخصائيين تقييم بروفيل شخصى متكامل يشمل النواحى النفس حركية ، والحسية والإدراكية ، والعقلية والمعرفية ، والنواحى اللغوية ، ونواحى السلوك التكيفى ، والنواحى الأسرية والاجتماعية ، والاستعدادات المهنية ، والمهارات النوعية لدى مختلف الفئات والمستويات .

٤ - ٣ - ضرورة الاعتماد على محكات ومنبثات متعددة فى التعرف على الحالات وبخاصة المتفوقين والموهوبين ، كاختبارات الذكاء والاستعدادات العقلية ، والتفكير الإبداعى ، والقدرات الخاصة ، وتقارير المعلمين ، والأداء الفعلى للتلاميذ فى المجالات المختلفة ، وتقارير أولياء الأمور .

٤ - ٤ - تدريب الكوادر البشرية المتخصصة العاملة فى مجال الفئات الخاصة على استخدام الاختبارات والمقاييس المختلفة ، وأدوات التشخيص اللازمة ، وكتابة التقارير ، وإدارة المقابلات أو الجلسات مع الحالات وأولياء الأمور . ومن ثم فإنه من الضروري تنظيم الدورات التدريبية لزيادة كفاءتهم وتطوير مهاراتهم وتجديد معلوماتهم بكل مستجد فى هذا المجال .

٥ - المحتوي والعمليات البرمجية

(المناهج - الطرق - الفنيات - الوسائل التعليمية)

يتميز المحتوى فى البرامج التربوية الخاصة بالثراء والتنوع مع وجود البدائل التى تتناسب مع الطفل الخاص مهما كانت احتياجاته العامة أو الخاصة وحسب إمكاناته أو قصوراته ، حيث يتحقق فى النهاية استثمار طاقات الطفل إلى أقصى درجاتها ونوعياتها .

كما أن العمليات فى هذه البرامج تتميز بالحساسية لنوع الطفل ، والمرونة فى المدى أو الطريقة أو الفنية ، وضرورة التفريد أثناء العمل مع الطفل الخاص من أجل التوصل إلى أفضل أداء أو سلوك .

ولذلك فإن المشاركين فى المؤتمر - ومن واقع مسئولياتهم فى تطوير المحتوى والعمليات فى برامج التربية الخاصة - يوصون بالآتى :

٥ - ١ - ضرورة الاهتمام بمراجعة المناهج والمقررات الدراسية اللازمة لذوى الاحتياجات الخاصة ، وتوفير الكتب والمواد التعليمية الخاصة بهم بما يتناسب مع خصائص كل فئة وإمكاناتها واستعداداتها .

٥ - ٢ - إمكانية وضع مناهج خاصة تتناسب واحتياجات بعض الفئات من ذوى الاحتياجات الخاصة من حيث النواحي الجسمية والحسية والعقلية والمعرفية والتعليمية والمهنية (كفاءة الإعاقة الذهنية ، وغيرها من الفئات) .

٥ - ٣ - ضرورة توفير « دليل المعلم » لكل مستوى ، ولكل فئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة ، توضح فيه الأهداف والأغراض والقواعد والمبادئ والطرق والفنيات ، وأمثلة للخبرات والمواقف والأنشطة فى كل مجالات التفاعل مع التلميذ فى الفصل أو الجو المدرسى .

٥ - ٤ - تطوير مشروعات « دليل المعلم فى التربية الخاصة » إلى كونها « حقائب تربوية » للمنهج والمواد الدراسية ، والوسائل التعليمية ، ونماذج لمقررات العمل والتفاعل بين المعلم والتلميذ متضمنة طرق التقديم والشرح والأنشطة والتقييم المتكامل ، وعينات كافية من المواقف والخبرات .

٥ - ٥ - إدخال غرف المصادر فى المدارس العادية لرعاية التلاميذ من ذوى الاحتياجات الخاصة بحسب الحاجة ، وتزويد هذه الغرف بالتجهيزات اللازمة ، وإعداد المعلمين ، والإخصائيين اللازمين لإدارتها وتشغيلها ، وإعداد البرامج الفردية المستخدمة بها ، وتنفيذها وتقييمها .

٥ - ٦ - تخصيص الساعة الأخيرة من كل يوم دراسى فى مدارس اليوم الكامل لممارسة أنشطة إضافية لتنمية استعدادات التلاميذ المتفوقين ، على أن تتوافر فى هذه المدارس التجهيزات والمصادر التعليمية ، والمواد الخامات ، والمراسم ، والورش ،

والمعلمين والمدرسين اللازمين .

٥ - ٧ - وضع البرامج التربوية للفئات البينية التي لا تحظى بالاهتمام الكافى فى البرامج التعليمية الحالية كفتات التأخر الدراسى ، وبطنى التعلم ، وحالات الإعاقات البدنية كالصرع ، والشلل المخى ، والمشكلات الصحية الخاصة ومتعدى الإعاقات وفئة التوحسد (الأوتيسية) ، وغيرها من الفئات .

٥ - ٨ - أن تتضمن مناهج إعداد معلم التربية الخاصة ، مهارات التدريب على تصميم وتنفيذ وتدريب برامج تنمية الإمكانات البشرية بمختلف جوانبها العقلية المعرفية ، والانفعالية ، والمهارية لدى الفئات الخاصة بأنواعها المتعددة .

٥ - ٩ - أن تستمر المسابقات بين المعلمين والموجهين فى مجالات إنتاج الوحدات المنهجية والوسائل التعليمية والتي بدأت فى المرحلة الثالثة من عمل لجان تطوير التربية الخاصة على أن تخصص للمتسابقين جوائز وحوافز مالية وأدبية مناسبة بعد الانتهاء من التقويم لكل وحدة مقدمة ، مع عقد دورات منظمة للتدريب فى هذا المجال .

٥ - ١٠ - الربط العضوى والمباشر بين مشروع شبكة تكنولوجيا التعليم فى عام ٢٠٠٠ وكل مدارس التربية الخاصة وفصولها الملحقة على مستوى الجمهورية .

٥ - ١١ - التقويم التربوى : تحتاج مجالات التقويم التربوى والامتحانات فى التربية الخاصة إلى مزيد من البحث والتقنين فى إعادة صياغة المفاهيم ، وأنماط الاختبارات التربوية التعليمية وتحديد العناصر فى العملية التعليمية التى تدخل التقويم التربوى الشامل لكل من التلميذ والمعلم والمنهج والإدارة المدرسية ، وغيرها من العناصر فى العملية التعليمية الخاصة لكل فئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة ولاسيما أن يتم هذا العمل بالتعاون مع المركز القومى للامتحانات والتقويم التربوى .

٦ - التدريب المهني والتأهيل

تمثل مرحلة التدريب المهني والتأهيل عنق الزجاجة لكثير من الفئات الخاصة ، فهى المرحلة التى تقدم فيها البرامج لتدريب التلاميذ على وسائل كسب العيش كلما أمكن ذلك ، والمؤتمر يوصى بما يلى :

٦ - ١ - توفير الموارد المالية اللازمة للمجالات المهنية ، بما يساعد على تحديث الورش والأدوات والأجهزة وتطويرها والوفاء بمتطلبات التدريب والتأهيل المهني اللازم لكثير من الفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة ، من مواد وخامات وتجهيزات .

٦ - ٢ - تحرير نظام رأس المال - المطبق في التعليم الفني - وتطبيقه في مرحلة التدريب المهني بالتعاون مع الجهات المختصة ، على أن تؤخذ في الاعتبار نسبة الهالك من الخامات ، بما يتلاءم وطبيعة عملية التدريب واكتساب المهارات اللازمة في كل فئة .

٦ - ٣ - التنوع في المهن والحرف والوظائف المتضمنة حالياً في خطة الإعداد المهني لبعض ذوي الاحتياجات الخاصة بما يوسع من فرص العمل والتشغيل ، ويعني بمتطلبات السوق البيئية والمحلية .

٦ - ٤ - إنشاء معارض تسويقية لمنتجات مراكز التدريب والتأهيل المهني بكل محافظة أو إقليم وتخصص من مواردها نسبة للتلاميذ المتدربين .

٦ - ٥ - إيجاد آليات لتحقيق التعاون بين رجال الأعمال والصناعة بكل منطقة محلية ، تستثمرها الجهات المعنية بذوى الاحتياجات الخاصة ، لاسيما وزارات التربية والشئون الاجتماعية ، والقوى العاملة ، وذلك لتمويل مراكز التدريب والتأهيل ، وتوفير فرص العمالة والتشغيل ومتابعة ذوي الاحتياجات الخاصة في أماكن عملهم بعد انتهاء التأهيل .

٦ - ٦ - يلتحق الحاصلون على مصدقات التدريب المهني من وزارة التربية والتعليم من ذوي الاحتياجات الخاصة ببيئات التأهيل التابعة لوزارة الشئون الاجتماعية ، وذلك استكمالاً للتدريب المتقدم بها ، والحصول على شهادة التأهيل المعتمدة للعمل في السوق مباشرة .

٧ - الخدمات النفسية والإرشادية

تهدف هذه الخدمات إلى أغراض متعددة منها التقييم الشامل بهدف التعرف ، والتصنيف والتسكين من أجل تقديم الخدمات التعليمية والتأهيلية ، ومساندة كل من الفرد وأسبرته لضمان توافقه في مراحل حياته ، ولذلك فإن المؤتمر يوصي بما يلي :

٧ - ١ - توفير عدد كاف من الإخصائيين النفسيين والاجتماعيين لمدارس وفصول التربية الخاصة بمعدلات تسمح لضمان مستوى كفاءة ورعاية مناسبة لكل تلميذ في كل مراحل البرنامج .

٧ - ٢ - إعداد دورات للإخصائيين الجدد لتعريفهم بواجبات ووظائفهم ومعايير أدائهم ، وأهم الطرق والأدوات المستخدمة في عملهم ، وكتابة التقارير ، والتدريب على عمل الفريق .

٧ - ٣ - إعداد دليل للإخصائي ، ثم حقيبة إرشادية يستدل منها على مجالات عمله واستراتيجياتها وطرقها وفنياتها وأدواتها ومعايير العمل ، والأسس العامة والخاصة لاستخدام الأدوات والفنيات في مختلف مجالات العمل ومواقفه ، مع اقتراحات بتوفير عدد منها على الأقل يكون جاهزاً قبل بداية التوظيف للتعامل مع التلميذ وأسرته ، ومشكلاته على مختلف أنواعها .

٧ - ٤ - يجب أن يتضمن التدريب للإخصائيين الجوانب المختلفة للطفل الخاص وبرنامج تعليمه وتأهيله وتوجيهه هو وأسرته ، والبيئة التي يعيش فيها أو يعمل بها ، وكل ماله علاقة بتكليفه وفاعليته ومشكلاته في مراحل حياته المتتالية .

٧ - ٥ - أن يكون التدريب للإخصائي مهتماً بالخبرات والتطبيقات والمهارات التي يستخدمها الإخصائي مع التلميذ الخاص ، والاهتمام بالتدريب على تطبيق الفنيات الملائمة كمهارات أساسية في تقييم الدورات التدريبية أو في تقييم كفاءة الإخصائي في عمله .

٧ - ٦ - توجيه الاهتمام إلى قضية الاتجاهات أو « البيئة الاتجاهية » في علاقتها بالفئات الخاصة ، فالطفل الخاص يحتاج إلى تعديل اتجاهه نحو نفسه وتعديل صورته عن ذاته ، والذين من حوله نحتاج إلى تعديل اتجاهاتهم نحوه ، وكذلك الأسرة ، والمجتمع ... تحتاج إلى تعديل اتجاهاتها وزيادة وعيها بفاعليات هذه الفئات وإمكاناتها ومساندتها ورعايتها من أجل توفير حياة أفضل لهذه الفئات .

٧ - ٧ - أن تستثمر الأنشطة الترويحية أو المجالية ، والأنشطة الاجتماعية في تقديم الخدمات والبرامج الإرشادية بصورة غير مباشرة مع توفير الكوادر البشرية اللازمة .

٧ - ٨ - لابد من أن يتسع البرنامج داخل المدرسة لبرامج أو خدمات إرشادية مقصودة ومنظمة للوالدين والأسرة لتقديم المساعدة اللازمة لفهم التلميذ الخاص ، وتحسين الاتجاه نحوه ، وإتاحة الفرصة له فى المنزل للنمو ، وتسهيل متابعة الأسرة له ، وتقديم العون للأسرة كلما أمكن ذلك .

٧ - ٩ - أن يتوافر بمدرسة التربية الخاصة ، أو الجمعيات الخاصة وحدة أو «نادٍ» لتقديم الخدمات الإرشادية والمساندة للتلميذ الخاص وأسرته مع تدعيم الصلة مع السلطات المحلية لتسهيل ضمان استمرارية الخدمات وحلول المشكلات .

٨ - الخدمات غير الأكاديمية

تمثل هذه الخدمات احتياجات التلميذ الخاص غير الأكاديمية المدرسية وتشمل النواحي الصحية والتغذية ، والإقامة الداخلية (أحيانا) ، والملبس ، ووسائل الانتقال وغيرها .

٨ - ١ - يناشد المؤتمر الهيئة العامة للتأمين الصحى تعميم مجانية صرف الأدوية والأجهزة التعويضية فى سهولة ويسر للتلاميذ من ذوى الاحتياجات الخاصة مع إعفائهم من الروتين وطقوسه ، وذلك عن طريق سلطات المدرسة المقيد بها أو أولياء أمره .

٨ - ٢ - الخدمات المعاونة داخل المدرسة : يُوصى المؤتمر بمراجعة اللوائح والنظم المعمول بها بغرض توفير هذه الخدمات وزيادة كفاءتهم .

٨ - ٢ - ١ - الخدمات الصحية : الرعاية الصحية الدورية والعلاجات التخصصية والتدخلية على مدار العام وبالمجان .

٨ - ٢ - ٢ - التغذية : تعميم نظام التغذية فى المدارس والفصول ، فإن فى ذلك تشجيع لتطبيق نظام اليوم الكامل ، والرعاية المتكاملة .

٨ - ٢ - ٣ - الإقامة والمبيت : تدعيم خدمات الإقامة والمبيت وتعميم تعيين إخصائيين اجتماعيين لهذه الوظيفة ارتقاءً بها وتوفيراً لرعاية التلاميذ فى الفترات المسائية وأنشطتها .

٨ - ٢ - ٤ - الملابس : توفير الميزانية المناسبة لتدبير الملابس للتلاميذ من ذوى الحاجات الخاصة ، ومن مستويات اقتصادية منخفضة حفاظاً على كياناتهم وصحتهم الجسمية

والنفسية ، والتقبل الاجتماعى ، ولاسيما بالتنسيق مع وزارات الخدمات الأخرى والمحليات في كل محافظة .

٨ - ٢ - ٥ - وسائل النقل : قتل المواصلات مشكلة لكثير من التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة ، وخاصة المعوقين منهم ، ولذلك فإن الانتظام في الدراسة ، والتغلب على مشكلات الانتقال أمر مرغوب فيه ، إما بتسهيلات لدى هيئات النقل العام ، أو بالمجان ، أو بتدبير وسائل نقل خاصة من الأماكن البعيدة مباشرة إلى المدرسة في أوقات الحضور أو الذهاب ، وبخاصة في المحافظات والمدن النائية .

٩ - إعداد الكوادر

يعتبر المعلمون والإخصائيون وباقي الكوادر هم الهيكل الأساسى الذى تُبنى على أساسه البرامج فى التربية الخاصة ، فكل مظاهر الكفاءة فى البرامج والخدمات ، ما هى إلا محركات موضوعية لنجاح الكوادر فى عملها وممارساتها تحقيقاً للهدف النهائى من البرنامج . ولذلك فإن كفاءة البرنامج ، وكفاءة الكوادر هما وجهان لنفس العملة .

فلقد ناقشت اللجان النقاشية ، ثم جلسات المؤتمر فى العديد منها ، قضية إعداد الكوادر وتوصلت إلى أهم التوصيات فيما يلى :

٩ - ١ - إنشاء كلية متكاملة للتربية الخاصة على المستوى القومى تشمل التخصصات اللازمة لمختلف ذوى الاحتياجات الخاصة مع توفير كافة الكوادر الأكاديمية والخبرة التطبيقية ، والتجهيزات والمختبرات والعيادات اللازمة لها على أن تعتبر هذه الكلية مصدراً لتخريج أجيال قادرة على العمل فى الميدان ، ودفع مسيرة التربية الخاصة أكاديمياً ، وميدانياً وأداءً ، وبحسناً وتطويراً مع تخصيص مكافأة شهرية مجزية لطلاب هذه الكلية ، وذلك تشجيعاً على التحاق العناصر المتميزة بها والاستمرار فيها .

٩ - ٢ - تطوير برامج « البعثة الداخلية » بوزارة التربية ، بحيث تتضمن مختلف التخصصات والمستويات البرنامجية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، وإثراء الخبرات وتنمية المهارات اللازمة للعمل مع هؤلاء الأطفال ، ولسد احتياجات وزارة التربية والتعليم والمؤسسات الأخرى المعنية برعاية ذوى الاحتياجات الخاصة مرحلياً من

معلمين وإخصائيين ومدرسين وغيرهم .

٩ - ٣ - ضرورة إعداد معلمين متخصصين في مجال التفوق العقلي والموهبة ، سواء عن طريق إنشاء دبلومات مهنية لهذا الغرض بكلليات التربية ، أو باستحداث برنامج جديد بالبعثة الداخلية ، أو بالمراكز المتخصصة بالتعاون مع الوزارة .

٩ - ٤ - أن تتولى وزارة التربية والتعليم (بالتعاون مع الجهات المعنية) مسئولية التخطيط والتنفيذ للبرامج التدريبية للمعلمين أثناء الخدمة والممولة من المساعدات الأجنبية سواء كان التدريب في الخارج أو بالداخل ، وذلك للنهوض بالعملية التعليمية ، وتحديثها في ضوء نتائج البحوث والتجارب والخبرات الجديدة ، وعلى أن تعم الفائدة على المدارس والفصول الخاصة ، والجمعيات الخاصة أو لصالح أى جهة أخرى .

٩ - ٥ - العناية بتدريب أعداد كافية من معلمي الأنشطة كالتربية الفنية والرياضية والموسيقية ، والمجالات بمدارس وفصول ذوى الاحتياجات الخاصة ، مع توفير الأجهزة والأدوات والمواد والخامات المناسبة واللازمة لممارسة هذه الأنشطة بكفاءة وفاعلية .

٩ - ٦ - استحداث شعبة تخصصية بالتعليم الفني الصناعي لتخريج الفنيين اللازمين في مجال صناعة الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية وصيانتها .

٩ - ٧ - العناية بإعداد إخصائيي التخاطب وزيادة عددهم وتوفيرهم في كل مدرسة على أن تكون مؤهلاتهم مناسبة للتخصص والإبداع فيه .

٩ - ٨ - استحداث شعبة بالمدارس الثانوية للمريض لتخريج مساعدين للعلاج الطبيعي لمعاونة إخصائي العلاج الطبيعي بالمؤسسات المعنية برعاية وتأهيل بعض الفئات من ذوى الاحتياجات الخاصة .

٩ - ٩ - العناية بترشيح واختيار القيادات المحلية للتربية الخاصة ، وتدريبهم قبل بدء عملهم هم ومعاونتهم ، مع إعداد صف ثان في المدارس والفصول داخل المحافظات .

٩ - ١٠ - تضمين مناهج الشُعَب والتخصصات المختلفة بكلليات التربية بعض المقررات عن ذوى الاحتياجات الخاصة ، بما يساعد جميع المعلمين في المستقبل على اكتساب الخبرات التي تمكنهم من التعامل تربوياً وكفاءة مع المستويات البسيطة والمتوسطة من الفئات الخاصة داخل فصول المدارس العادية ، وبما يدعم ذلك أن تتضمن التربية

العملية في الأقسام المنتمية زيارات ودروس عرض أو تدريب مناسبة في المدارس أو
الفصول الخاصة لهذه الفئات .

٩ - ١١ - إصدار مجلة سنوية أو نصف سنوية باسم « التربية الخاصة » تنشر فيها
البحوث والدراسات التطبيقية المرتبطة بمجالات التربية الخاصة وقضاياها ومشكلاتها ،
والحلول المقترحة ، وذلك بهدف تنمية مهارات العاملين في المجال ، وعلى أن يُلحق بهذه
المجلة عدد خاص (ملحق) كل ثلاثة شهور يسمى « أخبار التربية الخاصة » للتركيز
على الخبرات اللازمة للمعلم والإخصائي والمهتمين بالمجال من الجمعيات الأهلية وغيرهم .

١٠ - التمويل ، وتنمية المصادر ، والجهد

تُعتبر خدمات التربية الخاصة من أكثر الخدمات ارتفاعاً في التكاليف ، ولأن ليست
لدننا دراسات كافية عن تكاليف هذه البرامج للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تصلح
للتخطيط القومي ، أو المقارنة بين هذه الفئات ، ولكن السمة الغالبة هي القصور التمويلي
عن احتياجات البرامج ، ولذا فإن المؤتمر يوصي بما يلي :

١ - ١ - أن تقوم عدة دراسات عن تمويل البرامج في التربية الخاصة « كاتقصاديات
تربوية » تهدف إلى تحديد :

١ - ١ - ١ - تكلفة تعليم التلميذ من فئة معينة ، وفي مستوى تعليمي معين .

١ - ١ - ٢ - مقارنة بين تكلفة التلميذ من فئة ، بالمقارنة مع الفئات الأخرى .

١ - ١ - ٣ - تكلفة التلميذ خلال مراحل تعليمية ، أو تدريبية .

١ - ١ - ٤ - تحديد ملامح العائد التعليمي والأسرى ، والمهني ، والاقتصادي الذي
يعود على التلميذ بعد الانتهاء من البرنامج .

١ - ١ - ٥ - تحديد ملامح المشروعات المستقبلية التي يمكن لها استيعاب عدد من
الحالات ، ومصادر التمويل كجزء من الخطط الاستثمارية أو الاجتماعية أو الخيرية .

١ - ٢ - زيادة الاعتمادات المالية المخصصة للمدارس وفصول ومؤسسات ذوي الاحتياجات
الخاصة في وزارة التربية والتعليم ، ووزارة الشؤون الاجتماعية بما يحقق لهذه الفصول
والمؤسسات مزيداً من الكفاءة والفعالية والمرونة في ضوء أعداد الفصول والتلاميذ .

- ١٠- ٣ - إصدار « طابع بريد » تذكاري تُخصص حصيلته لتمويل مدارس وفصول ، ومشروعات ذوى الاحتياجات الخاصة على تذاكر المسارح والقطارات وجوزات السفر ، ورخص السيارات يكشف الإعلان لها فى شهر ديسمبر من كل عام (بمناسبة يوم المعوق) ، وعلى فترات دورية طوال العام .
- ١٠- ٤ - يُخصص رسم قدره نصف جنيه . يضاف إلى المصروفات الدراسية بمرحلة التعليم الأساسى ، ومبلغ جنيه واحد بالمرحلة الثانوية لتمويل مشروعات التربية الخاصة فى مدارس وفصول ذوى الاحتياجات الخاصة .
- ١٠- ٥ - السماح بنظام المعرض الدائم المدارس وفصول التربية الخاصة فى كل محافظة ، وذلك لبيع منتجات المدارس والفصول لصالح البرامج وتمويلها حسب نظام محاسبى وقبولى استثمارى أو خيرى .

١١ - التشريعات

- يرى المشاركون فى المؤتمر أن التشريعات فى التربية الخاصة لا تمثل إطاراً فقط تمير على هديه البرامج ، ولكنها تمثل قوة دفع حافظة على حقوق الطفل « الخاص » فى التوصل إلى الخدمة « كحق » ، ولذلك فإن المجتمع عليه واجب توصيل هذه الخدمات لكل طفل من ذوى الاحتياجات الخاصة ، ولذلك فإن المؤتمر يوصى بما يلى :
- ١١- ١ - ضرورة مراجعة التشريعات والنظم الفنية والإدارية والمالية للتوصل إلى صورة جديدة تتمشى مع شمول هذه الخدمات لكل طفل لديه حاجة خاصة أينما وجد .. فى مدرسة خاصة أو فصل خاص أو فى مدرسة عادية أو فصل عادى ، أو أى مؤسسة يوجد بها .
- ١١- ٢ - تخصيص حوافز مالية للعاملين فى مجالات التربية الخاصة على اختلاف تخصصاتهم ومستوياتهم ، وذلك تشجيعاً لهم للاستمرار ، وجذباً واستقطاباً للعناصر البشرية الأكثر تميزاً للعمل سواء كان ذلك على المستوى المركزى أو اللامركزى .
- ١١- ٣ - كفالة حق استخدام المواصلات العامة بجميع أنواعها بجمهورية مصر العربية لفئات المعوقين من ذوى الاحتياجات الخاصة (حسب معايير موضوعية) .
- ١١- ٤ - منح الأم العاملة والتي لديها طفل شديد الإعاقة ، فى محل عملها من ساعة

إلى ساعتين يومياً وحسب حالة الطفل ، لكي توفر له الرعاية والمساندة اللازميتين ، ولعدم إهمال واجباتها نحو أفراد الأسرة الباقين .

١١- ٥ - إعادة تشكيل اللجان ، والمجالس المحلية ، والمجالس الاستشارية بالمحافظات برئاسة السيد المحافظ وبنياية وكيل الوزارة بالمحافظة ، مع توسيع العضوية لكل الهيئات العاملة فى المجال ، والتي يكون لها تأثير تكاملى على البرامج مثل الإعلام ، ورجال الدين ، والقوى العاملة ، ورعاية الطفولة والأمومة ، والسكان ، علاوة على وزارات التربية والتعليم والصحة والشئون الاجتماعية ، وغيرها .

١١- ٦ - مراجعة مواد القانون المدنى ، والقانون الإدارى ، والقانون الجنائى ، فيما يتعلق بكيفية التغلب على مشكلات التطبيق والتنفيذ النصى مع بعض الفئات من ذوى الاحتياجات الخاصة فيما يتعلق بحقوقهم ، أو التعامل معهم أو مدى مسئولياتهم أمام السلطات القانونية أو الشرطة أو النيابة أو القاضى ، وذلك حماية لهم ، أو اقتراح إجراءات خاصة عند التعامل معهم ، أو تحديد مدى المسئولية عند ضرورة تنفيذ عقوبة فى ضوء الخصائص الحسية أو الإدراكية أو العقلية والمعرفية ، أو النفسية والانفعالية ، أو الأسرة التى يعاشونها كجزء من حياتهم .

١١- ٧ - تضمين قانون التجنيد ما يفيد مراعاة بعض أنواع الإعاقة من بين ذوى الاحتياجات الخاصة فكرياً أو سمعياً وغيرها وإمكانية الإعفاء حسب التقارير الطبية النفسية ، أو النفسية ، كمعايير تقدم إلى اللجان المختصة لتسهيل قرارات الإعفاء .

١٤ - الأبنية التعليمية

أصبحت المباني المدرسية لفئات ذوى الاحتياجات الخاصة معياراً للتقدم والنهضة والتشييد فى أى بلد متقدم ، ويرى المؤقر أن يراعى فى بناء مدارس الفئات الخاصة ما يأتى :

١٢- ١ - أن تكون مساحة المدرسة كافية لكل مستويات العملية التعليمية وأنشطتها وخدماتها المتكاملة .

١٢- ٢ - أن تكون مساحة بعض الفصول كافية لمرونة تنفيذ العملية التعليمية فى مجموعة واحدة ، أو فى عدة مجموعات ، مع توافر أماكن للمصادر المطلوبة فى

الفصل الدراسي كالأدوات والمكتبة ومناضد أو كباين خاصة بالتعيينات أو الوجبات الفردية أو الجمعية ، كما يجب أن تكون المقاعد مناسبة للمرحلة العمرية .

١٢- ٣ - أن تكون المرافق كافية ، ومناسبة لكل التلاميذ بكل فئاتهم من حيث الأرضية والسلالم ، أو المصاعد ، والأبواب ، والشبابيك ، ودورات المياه ، والأحواض ، والصنابير ، مع توفير عناصر الصيانة وخبراتها داخل المدرسة بقدر الإمكان .

١٢- ٤ - أن يحافظ على فناء المدرسة ، وملعبها ، وحديقتها كجزء من المحافظة على البيئة ، واستثمارها في التعليم والتدريب وتنمية الجماليات .

١٢- ٥ - يفضل بناء مسرح مناسب لكل مدرسة يكون محوراً للأنشطة والاحتفالات الجمعية ، يجتمع فيه أولياء الأمور مع الطلاب ومع المعلمين والمسؤولين في أنشطة مكتملة للبرنامج المدرسي وفي علاقته بالبيئة المحلية .

١٤ - الجمعيات والمنظمات غير الحكومية

تمثل جهود الجمعيات ، والمنظمات غير الحكومية مصدراً لا ينضب من الخبرات والطاقت والحوافز ، والتي لابد من أن تتكامل مع المجهودات الحكومية في مجالات العمل مع الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة . ومن هنا المنطلق يرى المؤتمر :

١٣- ١ - الاهتمام بالجهود غير الحكومية في الجمعيات والمؤسسات الخاصة والتطوعية ، والعمل على تنظيمها ومساعدتها بتوفير الإمكانيات البشرية والفنية لها .

١٣- ٢ - الإعلان المنظم عن دور الجمعيات والمراكز التطوعية لخدمة الفئات الخاصة ، وذلك لاستشارة هم الآخرين في إنشاء جمعيات على مثيلها بالأماكن المحرومة من هذه الخدمات ، وإعداد كتيبات توضح الإجراءات والمتطلبات والشروط اللازمة لإنشاء مدارس أو فصول خاصة ، وتوزع تلك الكتيبات على المحافظات تيسيراً وتشجيعاً لنشر هذه الخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة .

١٣- ٣ - حث شركات الاستثمار والهيئات والبنوك لتوجيه مساهماتهم وتبرعاتهم المالية إلى الجمعيات التطوعية والخيرية ، وتوظيف هذه المبالغ لإنشاء المدارس والفصول الخاصة لهذه الفئات .

١٣- ٤ - تخصيص نسبة من التمويل الخارجى المخصص للجمعيات والهيئات العاملة

في مجالات الطفولة نحو دعم إمكانات الرعاية والتأهيل والتجهيزات والتقنيات اللازمة للبرامج في هذه الجمعيات .

١٣- ٥ - إيجاد آليات لتوثيق الصلة بين كافة الجهات الحكومية والجمعيات الخاصة العاملة في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة بحيث تتكامل الإجراءات وتتبادل الخبرات وتوزع الأدوار داخل شبكة قومية تغطي كل محافظات الجمهورية ، ويمكن للوطن الاستفادة من خلالها بالجهود والخبرات على خير وجه .

١٣- ٦ - قيام الاتحاد النوعي لجمعيات وهيئات رعاية الفئات الخاصة ، بالتقييم الذاتي ، لمختلف الأنشطة في الجمعيات ، لتطوير أدائها فنياً وإدارياً ، والتوسع في خدماتها بإيقاعات تتناسب مع احتياجات كل محافظة .

١٣- ٧ - تشجيع التطوع في صفوف الشباب (وعلى وجه الخصوص خريجي الجامعات والتعليم المتوسط بأنواعه) للإتخراط في عضوية الجمعيات العاملة في هذا المجال ، مع الحث على إنشاء جمعيات أصدقاء ذوي الاحتياجات الخاصة لمعاونتهم في ممارسة حياتهم اليومية الطبيعية ، مع توفير مصادر التدريب والتوجيه اللازمة للإشراف على هذه الأعمال .

١٣- ٨ - قيام الجمعيات الأهلية بالتوسع في توفير خدمات الإرشاد لعوائل الأطفال والشباب من ذوي الاحتياجات الخاصة ، والتدريب على توصيل الخدمات إلى المنزل أو المدرسة أو المؤسسة أو المصنع متابعة للحالات وضمانا لاستمرار تكيفهم ونجاحهم في حياتهم .

١٣- ٩ - ضرورة عناية الجمعيات الأهلية الثقافية والعملية ، والفنية والرياضية بالمتفوقين والموهوبين ، وتقديم الخدمات اللازمة لصقل إمكاناتهم ومواهبهم ، والتوسع في الأنشطة بحيث تشمل المدن والقرى على السواء ، ودون تمييز على أسس ثقافية أو اجتماعية أو اقتصادية .

١٣- ١٠ - ضرورة توفير عناصر التكامل في الخبرات والمسئوليات عند إنشاء مراكز أو جمعيات خاصة في أي حي أو أي مركز ، ويجب أن يضم ممثلين لوزارات الخدمات وتخصصاتها ، علاوة على وزارات الثقافة ، والإعلام ، والأوقاف ، والهدف من هذا تذليل الصعوبات التي تواجه أولياء الأمور ، من أجل الحصول على خدمات متكاملة وفعالة تضمن بها عنصر الاستمرار .

إن الإعلام الجيد يمكنه خلق بيئة اتجائية صحية تفيد في بناء البرامج والخدمات ،
والتعريف بها ودلائها ، والتوعية بشأنها ، ودعمها سيكولوجياً ، واجتماعياً ، ومالياً ،
وقومياً ..

فالطفل من ذوى الحاجات الخاصة إذا ما وجد حوله أسرة وبيئة تتفهمه وتتقبله وتتبع
له فرص النمو والتواصل وإشباع حاجاته ، لابد أن يتقبل نفسه بإمكاناتها وقصوراتها ،
ولابد أن يصل فى أدائه إلى أقصى درجة من الإجابة يستطيعها فى سلوكه فى مواقف
الحياة اليومية ، وفى توافقه مع الغير .

فالإعلام له مسئوليات قومية تجاه كل من الفرد ، والأسرة ، والمؤسسة ، والمجتمع
بوجه عام . ولذلك فإن المؤتمر يوصى فى شأن الإعلام بما يلى :

١٤- ١ - تقديم صورة واقعية عن الجهود الحكومية والشعبية والتطوعية ، فى مجال
رعاية الفئات الخاصة ، والحث على دعمها وموازرتها ، وتسهيل دورها فى خدمة
الأطفال من ذوى الفئات الخاصة من مختلف فئاتهم وأسرهم ، على أن يكون تناول
الموضوعات بصيغ فنية متنوعة داخل النسيج العام للبرامج ، أو فى برامج مستقلة ،
وغيرها ، وبالصيغ التى تستحث المواطنين على تفهم القضايا والمشكلات ، وأدوارهم
نحو هذه الفئات كأفراد ، أو كوالدين ، أو كمختصين ، أو كمتطوعين للمشاركة فى
الجهود اللازمة لذوى الاحتياجات الخاصة سواء كان ذلك فى الريف أو الحضر على
السواء .

١٤- ٢ - تكثيف الجهود الإعلامية لتوعية أفراد المجتمع بدورهم فى رعاية الطفولة
(والوقاية من الإعاقة) ، وضرورة تنمية إمكانات الطفل مهما كان ، وخلق بيئة أسرية
ومجتمعية ، واقية لهم ، وإثرائية لإمكاناتهم ، وعلاجية لقصوراتهم ، ومناسبة
للأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة .

١٤- ٣ - تقديم هذه البرامج من خلال النسيج الإعلامى لإرشاد وتوجيه الأسرة لمساعدتها
على الاكتشاف المبكر للتفوق أو الموهبة ، أو فى اكتشاف الإعاقة فى أطفالها ،
ولإشباع حاجات الأسرة فى رعاية طفلها رعاية جادة وملائمة .

١٤-٤ - مراعاة الإشراف العلمى الدقيق على مادة البرامج الإعلامية فى مجال الفئات الخاصة إشرافاً كاملاً وذلك لخطورته ، ولتوفير الموضوعية والمنهجية التى تقنع المستفيدين منها ، مع مراعاة نوعية الجمهور ، ولذلك فإن تدريب الكوادر الإعلامية لابد لها من التفرغ الكلى أو الجزئى حتى تزدى هذه البرامج أهدافها ، وحتى تأتى البرامج متكاملة فى موضوعاتها ومادتها وأحداثها .

١٤-٥ - لابد من مشاركة عينات من المختصين والخبرات فى موضوع الفئات الخاصة وعلى مستوى المسئولية ، وبخاصة لو أعدت مادة البرامج مسبقاً وتحريرياً بعد مراجعتها من المشرفين على هذه البرامج .

١٤-٦ - تستخدم فى هذه البرامج نماذج محلية أو عالمية للاستدلال عن أهمية هذه الخدمات وكيفية تقديمها ودور الأسرة تجاهها ، وفعاليتها ولاسيما فى البرامج المرتبة المسموعة .

١٤-٧ - تخصيص مساحة كافية من القناة التعليمية بالتليفزيون (أو القناة التعليمية الخاصة التى سوف تبدأ قريباً) من أجل برامج تعليمية وإرشادية للطفل الخاص نفسه ، أو أسرته ، أو للمعلم ، أو للإخصائى بحيث تكون هى نفسها شبكة برنامجية تعليمية يعتمد عليها كبرنامج فى التعليم ، أو التدريب ، أو التأهيل ، أو إعداد الكوادر ليس بالقاهرة فقط ، ولكن بالأقاليم أيضاً .

١٤-٨ - أن يشارك فى البرامج الإعلامية للفئات ذوى الاحتياجات الخاصة نماذج ناجحة من الفئات الخاصة نفسها ، مع الإعداد الجيد والموضوعى بحيث لا تظهر البرامج ذات جانب إنسانى فقط ، ولكنها يجب أن تصل إلى غاياتها لدى المستفيدين منها كعملية تعليمية مقنعة بأن أطفال الفئات الخاصة أطفال يمكنهم استثمار إمكاناتهم والتغلب على مشكلاتهم بالتعليم المناسب والتدريب الجاد وتوفير بيئة أسرية ومدرسية ومجتمعية متفهمة ومشجعة لهم .

١٤-٩ - أن تتبادل الإذاعات وقنوات التليفزيون البرامج والزيارات لنقل صورة متكاملة للجهود الحكومية والشعبية فى المحافظات ، ولتنشيط المجالس الاستشارية للتربية الخاصة ، ومجالس التأهيل فى المحافظات لتبادل الخبرات ، وتقديم النماذج المشرفة واستمرارية دفع الخدمات إلى المستوى اللائق بها على مستوى الجمهورية .

تمثل البحوث بمختلف أنماطها « الوصلة المنهجية » بين « العلم » و « التطبيق » أى بين العلم الأكاديمي ونظرياته وبياناته من ناحية ، وبين ممارسة الخبرة الناجحة فى الميدان التطبيقي من ناحية أخرى ، ومن ثم فإن البحوث والتدريب يمكنهما نقل الخبرة المنظمة إلى مستحقيها وذلك بطرق وفنيات صحيحة ، فيتحقق الهدف منها فى أقصر وقت ، ودون المخاطرة بالوقوع فى المحاولة الخطأ التى تهدر الإمكانيات وتحتقر الجهد العلمى الإنسانى المنظم .

لقد تناولت لجان المؤتمر عينة كبيرة من بحوث التربية الخاصة والمتنمية إليها وسجلت ملاحظاتها فى تقاريرها السابقة ، ولذلك فإن المؤتمر يوصى فى شأنها بما يلى :

١٥-١ - إجراء دراسات مسحية على المستوى القومى والمحلى لتحديد حجم مشكلة ذوى الاحتياجات الخاصة بعامة ، وكل فئة منها بخاصة ، حتى يتسنى وضع الخطط الشاملة للوقاية والرعاية والتعليم والتأهيل الشامل .

١٥-٢ - تكامل الجهود بين وزارات الخدمات والهيئات العاملة فى مجال الطفولة فى عمل قوائم الانتظار فى محافظاتهم للأطفال الذين يتم التعرف عليهم منذ الولادة وحتى سن ما قبل المدرسة ، وتكون كل حالة مصاحبة بملف شامل عن التاريخ الأسرى ، وسن التعرف ، ونوع الحالة والخدمات التى يتلقاها الطفل وأسرته ومكان المتابعة الحالية ، وعلى أن يستعان بهذه القوائم فى التمهيد لإعداد الأماكن لهم فى المدارس والفصول المناسبة لحالتهم وأماكن سكنهم ، مع استمرار المتابعة الدورية .

١٥-٣ - أن تقوم السلطات التعليمية بمساعدة الباحثين التربويين بعمل مسح مدرسية للتعرف على حالات التأخر الدراسى ، وصعوبات التعلم ، والحالات الأخرى التى تحتاج إلى رعاية أو خدمات تعليمية خاصة ، والتخطيط لتقديم هذه الخدمات داخل المدرسة العادية ، أو أن تقوم السلطات التعليمية بتحويلهم إلى أقرب خدمات خاصة تصلح لهم ، مع الحصول على موافقة ودعم الوالدين والأسرة ، مع متابعة الحالات .

١٥-٤ - توصيف « بروفيل » الاحتياجات الخاصة للحالات والفئات الخاصة المتواجدة بالمدرسة العادية ، أو فى مدارس وفصول التربية الخاصة لتسهيل رسم البرامج لهم وتنفيذها ، وذلك باستخدام صفحة نفسية - تعليمية متكاملة قبل وأثناء وبعد أداء البرنامج لهم .

١٥- ٥ - أن تتوجه البحوث فى التربية الخاصة بشكل جاد إلى الاهتمام بدائرة التعرف المبكر ، والبرنامجية التعليمية ، والسلوكية ، والتقييم الشامل للطفل ، أو البرنامج وتفصيله ونواحيه التخصصية المختلفة بدلا من تناول الموضوعات الإطارية خارج الفصل الدراسى ، أو خارج منطقة التعامل الفعلى مع الطفل .

١٥- ٦ - العناية ببحوث المحتوى من التصورات المنهجية ، والأطر والوحدات المنهجية ، والمواد التعليمية اللازمة لفئة ما ، والتدريس لها ، وتعلم مادة معينة بطرق معينة ، وتكنولوجيا التعليم المناسبة ، والتقييم المناسب لها .

١٥- ٧ - أن تحتل البحوث السلوكية مكانتها فى التربية الخاصة سواء كان ذلك داخل الفصل الدراسى ، أو خارجه ، أو فى المنزل ، حيث أن الكثير من أطفال الفئات الخاصة يحتاجون إلى إعادة تعليم للسلوك المناسب فى المواقف المختلفة كجزء من عمليات إعادة التعلم ككل .. ولقد أثبتت البحوث أن « تعديل السلوك » عملية ممكنة بأساليب وفنيات متنوعة يستفيد منها كل من الطفل والأسرة والبرنامج نفسه .

١٥- ٨ - أن تهتم البحوث بعوائل الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة والحالة النفسية والعاطفية ، والاجتماعية ، والاقتصادية ، وأنواع المساندة التى تحتاجها هذه الأسر ، وكيفية الإسراع فى تنمية الوعى لدى الوالدين والأسرة بالاهتمام بأطفالها منذ سن مبكرة ، وكيفية إعداد الأم والأسرة للتعاون والمشاركة فى البرامج من أجل تنمية إمكانات الطفل ومواجهة القصورات لديه إن وُجدت ، واعتبار أن رعاية الأسرة لهذا الطفل هى خطة حياة وعن اقتناع ، وليست لفترة زمنية تنتهى بعدها المسئولية .

١٥- ٩ - تشجيع البحوث المقارنة والمتعمقة بين أفاط البرامج واستراتيجياتها ودراسة الصعوبات التى تصادف هذه البرامج وتأخر تطبيق منحى الدمج بين الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة والأطفال العاديين فى المدرسة العادية وتنقية هذه البرامج من مشكلاتها .

١٥- ١٠ - تشجيع البحوث الميدانية على العاملين فى مجال الخدمات التعليمية والتأهيلية والتعرف على احتياجاتهم الوظيفية ، والتدريبية ، ومشكلات العمل فى أماكن عملهم ، وتوجهات حلولها من مختلف الزوايا والاهتمامات .

١٦ - إعادة هيكلة التربية الخاصة بديوان الوزارة

تعتبر الإدارة العامة للتربية الخاصة هي الإدارة المركزية للإشراف على تخطيط وتنفيذ ومتابعة برامج وخدمات التربية الخاصة في مصر بجميع محافظاتنا ، وبالرغم من التطوير الحادث في الفترة الأخيرة ، إلا أن الأعباء الحاضرة والمستقبلية تتطلب ما يلي :

١٦- ١ - إعادة هيكلة الإدارة العامة للتربية الخاصة بحيث تصبح إدارة مركزية ، على أن يضاف إلى تكويناتها وبالتدرج - إدارة للتفوق والموهبة ، والتدخل المبكر ، والإعاقات البدنية والمشكلات الصحية الخاصة ، وصعوبات التعلم الأكاديمية والبسيطة ، والخدمات النفسية والاجتماعية ، وإدارة للأنشطة المدرسية والمواد المجالية ، والتدريب المستمر .

١٦- ٢ - إعادة هيكلة كل إدارة نوعية بحيث تشتمل على المدير العام ، المديرين المساعدين ، الخبراء (المتابعين - المخططين) ، والأعضاء الفنيين (المناهج - الكتب - المواد التعليمية - الوسائل التعليمية - التجهيزات) ، والإداريين والماليين ، السكرتارية ، والخدمات المعاونة ، وغيرها مما تحتاجه خطوات التطوير .

١٦- ٣ - يقترح إنشاء ما يسمى « بالمركز القومي لتطوير برامج التربية الخاصة » كمركز ذي طابع خاص لكي يكون المؤسسة التعليمية التي تقوم بتجنيد كل الخبرات اللازمة لتطوير برامج التربية الخاصة تخطيطها ورسمها وتذقيتها وتجريبها وتقويمها علمياً ، وأكاديمياً ، وبحثياً ، ثم تجهيزها للتطبيق والتقويم المستمر ، وذلك في تعاون مع الإدارة العامة للتربية الخاصة والمراكز المعنية والجامعات والكليات الجامعية المنتمية كل في تخصصه ومجال عمله وخبراته .

١٦- ٤ - ويشكل المجلس الأعلى لبرامج التربية الخاصة برئاسة الأستاذ الدكتور وزير التعليم كبديل لكل المجالس أو اللجان التي تم تشكيلها في الماضي ، ويكون الهدف منه تكامل كل الإمكانيات في الوزارة ووزارات الخدمات والهيئات العاملة في الميدان حتى يتحقق لهذه الخدمات تكاملها ، كما يجمع بين أعضائه أيضاً رؤساء المجالس الاستشارية للتربية الخاصة في المحافظات لتسهيل متابعة البرامج والخدمات على مستوى الجمهورية .

١٧ - علي المستوى القومي

من أهم المحركات التي تحكم فاعلية برامج رعاية وتعليم الفئات الخاصة محكان :

المحك الأول منهما : هو « التنسيق بين الخدمات » بطريقة تكاملية تنصهر فيها التخصصات المتعددة فى نظام يتناسب مع احتياجات الطفل الخاص . والمحك الثانى : هو محك « الاستمرارية » فى كفاءة الخدمات منذ الاكتشاف المبكر حتى الرعاية اللاحقة والمجتمعية كمواطن له حقوق وعليه واجبات و له إمكانيات ، وتصادفه مشكلات مثل باقى المواطنين ، ويوصى المؤتمر على المستوى القومى بما يلى :

١٧- ١ - التعاون مع وزارة الصحة :

١٧- ١ - ١ - إتخاذ الإجراءات الصحية الوقائية الكفيلة بالحد من الإعاقات المختلفة كالكشف الطبى والفحوص اللازمة على راغبي الزواج من الأقارب ، والاهتمام بصحة الأم الجسدية والنفسية ، خلال فترة الحمل وأثناء الولادة .

١٧- ١ - ٢ - التطبيق الإجبارى لفحص المواليد للكشف المبكر عن أمراض التمثيل الغذائى ، والغدة الدرقية عن طريق تحليل دم الطفل فى الأسبوع الأول بعد الولادة تلاشياً لما يترتب عليها من قصور .

١٧- ١ - ٣ - العناية بتطبيق الفحص الطبى والنفسى الدقيق أثناء حضور الطفل التطعيمات المقررة فى مراكز الطفولة ، وذلك للكشف المبكر عن أوجه القصور ، ثم التدخل المبكر إزائها .

١٧- ١ - ٤ - الاهتمام بالكشف الطبى الدورى على التلاميذ من ذوى الاحتياجات الخاصة بالمدارس العادية أو المدارس الخاصة والفصول الملحقة ، ويكون لكل طفل ملف شامل به كل بيانات المتابعة ، والعلاجات المستمرة ، والتوصيات بشأن الحالة .

١٧- ١ - ٥ - صرف الأدوية ، والأجهزة التعويضية ، والأطراف الصناعية للأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة ، مع إعفائهم من المساهمة فى أثمان هذه الأدوية والأجهزة .

١٧- ٢ - التعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية :

١٧- ٢ - ١ - رعاية الطفل الخاص فى مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية وتبدير المشرفات والخدمات المتكاملة للطفل الخاص ولاسيما فى دور الروضة العادية وبشروط معينة حتى تضمن فعالية البرامج .

١٧- ٢ - ٢ - رعاية أسرة وعوائل الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة وتقديم الخدمات المساندة لهم ، والضرورية لتوفير عناصر الاستقرار الأسرية والاجتماعية وتماسك

الأسرة ، وتقديم المعونة لهذه الحالات .

١٧- ٢ - ٣ - متابعة حالة الأسرة طوال قضاء الطفل لمرحلة التعليم أو التدريب للتأكد من فاعلية البرنامج ، ومساندة الأسرة بمختلف الإمكانيات اللازمة .

١٧- ٢ - ٤ - ضرورة استكمال الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة لتعليمهم أو تدريبهم أو تأهيلهم وأسرهم وعدم غلق ملف أية حالات ، وضرورة متابعتها إلا فى حالات نادرة .

١٧- ٢ - ٥ - اعتماد مُصدقة التدريب المهنى من وزارة التربية والتعليم كمؤهل للائتمان بمستوى التأهيل المهنى بوزارة الشئون الاجتماعية للحصول على شهادة التأهيل ، ومن ثم التشغيل والتوظيف تحت مسئولية وزارة الشئون الاجتماعية .

١٧- ٢ - ٦ - تعاون وزارتى التربية والتعليم ، والشئون الاجتماعية فى مراجعة الحالات التى تم إنهاؤها للبرامج وتقديم الخدمات الممكنة لهم وأسرهم ، مع متابعتها دورياً .

١٧- ٢ - ٧ - العناية بإنشاء أندية اجتماعية وأنشطة ثقافية ورياضية فى مقار المدارس الخاصة فى الفترات المسائية ، أو الإجازات كلما أمكن ذلك لخدمة الأفراد من ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم وتقديم الخدمات لهم ، ولاسيما لو تم التعاون بين الوزارة والوزارات الأخرى ، كالشئون الاجتماعية ، والثقافة ، والمجلس الأعلى لرعاية الشباب والرياضة وغيرها فى هذا الشأن .

١٧- ٣ - التعاون بين وزارة التربية ووزارات الإسكان والمرافق والمجمعات الجديدة فيما يلى :

١٧- ٣ - ١ - تصميم المباني التعليمية ، والعامة والأهلية أو الحكومية أو الإدارية بمراعاة أن نسبة من العاملين فيها من ذوي الاحتياجات الخاصة يحتاجون بعض التعديلات أو الإضافات التى تسهل عليهم المعيشة أو الصعود أو الانتقال أو فى استخدام دورات المياه وغيرها من الاحتياجات .

١٧- ٣ - ٢ - بُراعى فى المواصلات العامة ، تسهيل الركوب والنزول للنوى الاحتياجات الخاصة (وكما أشير فى مكان آخر فى التوصيات) وجبذا لو كانت بالمجان لهم .

١٧- ٣ - ٣ - ضرورة مراعاة خدمات الفئات الخاصة بالشوارع ، والرصيف ، وفى أماكن عبور المشاة ، وإشارات المرور وغيرها حتى لا يلقون متاعب أخرى فوق طاقاتهم .

١٧- ٣ - ٤ - ضرورة مساعدة الفئات الخاصة فى استخراج أوراقهم الرسمية فى الترخيص بالقيادة ، أو التملك ، أو الشراء ، أو البيع ، أو فى فتح حسابات فى البنوك والسحب منها ، وذلك فى حدود « روح » القانون الذى يحافظ عليهم وعلى حقوقهم كمواطنين ، ويحميهم من ظلم أو انتهازة الآخرين أحياناً .

٩٨ - على المستوى الإقليمي والدولي

إن الحركة التربوية الخاصة عالمية فى فلسفتها وطرقها وفتياتها ودينامياتها ، ولكنها إقليمية أو محلية فى إمكاناتها وممارساتها وتفاصيل أدائها ومشكلاتها ، إن التربية الخاصة فى مصر لابد من ربطها إقليمياً ودولياً .

١٨- ١ - على المستوى العربى : فهناك التشابه بين العناصر الثقافية والعادات والتقاليد الزوجية ، والأسرية ، والاتجاهات نحو الأطفال ، والنشئة الاجتماعية لهم والتشابه بين التوجهات العامة للبرامج التعليمية ، ومن المرغوب فيه :

١٨- ١ - ١ - تبادل الخبرات والزيارات للوفود والخبراء بالوزارات والهيئات العاملة فى مجال أطفال الفئات الخاصة لدراسة الخدمات والبرامج والاستفادة من الخبرات .

١٨- ١ - ٢ - عقد ندوات خبراء لمراجعة ملامح البرامج وتوجهاتها وخططها وتفاصيلها البرنامجية ، ونظم التربية الخاصة فى كل بلد .

١٨- ١ - ٣ - عقد لقاءات لأقسام التربية الخاصة فى الجامعات والكليات الجامعية العربية لمراجعة الخطط ومدى تحقيقها لأهدافها والتوجهات التى تتخذ لمواجهة مشكلات إعداد وتدريب الكوادر وعلى وجه الخصوص المعلم والإخصائى المتميز فى مختلف المجالات .

١٨- ١ - ٤ - إصدار مجلة عربية متخصصة فى بحوث التربية والتأهيل للفئات الخاصة تنشر الرعى البحثى والخبرى بين الأكاديميين والباحثين والمهتمين فى الجامعات العربية يديرها هيئة تحرير عربية متخصصة تتبع إحدى الجامعات أو الوزارات بتمويل خاص ، على أن يكون توزيعها بكل الدول العربية .

١٨- ١ - ٥ - تشكيل اتحاد عربى للعاملين « بالتربية الخاصة » يمكنه توحيد الجهود الإنسانية والمنهجية والعملية فى صالغ البرامج العربية ، ولاسيما لو كان من خلال أى

منظمة عربية مناسبة .

١٨- ٢ - على المستوى الدولي : لابد من ربط ما يحدث على أرض الكنانة بالحركة التربوية الخاصة عالمياً ، وأن تصبح جزءاً لا يتجزأ من المجهودات الدولية حيث تتوافر الخبرات والقيادات والنماذج التى تحتاج إلى إظهارها أو تطويرها أو المحافظة على تميزها ولذلك :

١٨- ٢ - ١ - تبادل الخبرات والزيارات مع المؤسسات والكيانات الدولية ولاسيما من خلال منظمات الأمم المتحدة المعنية وغيرها من الهيئات الدولية .

١٨- ٢ - ٢ - عقد الندوات وورش العمل بدعوة خبراء دوليين فى تخصصات محددة يستفاد منها فى تطوير البرامج الحالية وتميمتها .

١٨- ٢ - ٣ - الاشتراك فى المؤتمرات الدولية بوفود رسمية وتقديم صورة جادة لمجهودات مصر على هذا المستوى ، والمشاركة فى الاستفادة من الخبرات الدولية فى تطوير كيان البرامج الحالية ، والعمل على دعوة هذه المؤتمرات لعقد دوراتها المقبلة بمصر للاطلاع على واقع الخدمة والبرامج والاستفادة من رأى الخبراء الدوليين .

١٨- ٢ - ٤ - إرسال وفود إلى الخارج للاطلاع على الخدمات بالدول المتقدمة ثم إدخال الملامح المطلوب إدخالها إلى البرامج المحلية بعد النمذجة والتجريب .

١٨- ٢ - ٥ - تشجيع الخبراء والجمعيات والأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة ، والمختصين للاشتراك فى الأنشطة الدولية المختلفة بإنتاجهم العلمى أو الخيرى أو الإنتاجى فى مختلف الاهتمامات ، فإن ذلك من شأنه أن يتيح للخبرة المصرية أن تصبح عالمية ورائدة ومتميزة .

١٩ - في شأن المؤتمرات المستقبلية

يُوصى المؤتمر أن يعقد المؤتمر القومى الثانى للتربية الخاصة بعد أربعة أعوام من انعقاد المؤتمر القومى الأول ، وتعقد ثلاث ندوات دولية بين المؤتمرين فى أكتوبر من كل عام :

ندوة دولية (١) موضوعها تحديات الإعاقة الذهنية (متضمنة كل الاهتمامات) .

ندوة دولية (٢) موضوعها تحديات التفوق العقلى والموهبة فى النظام التعليمى المصرى .

ندوة دولية (٣) موضوعها تحديات الإعاقة السمعية - اللغوية فى الطفل العربى .

رقم الإيداع بدار الكتب المصرية

١٩٩٦ / ٩٧٨٤

الترقيم الدولي

I . S . B . N .

97702 - 5313 - 8

الكتاب والمؤلف

سبيلوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم

كتاب يهتم الطلاب والباحثين في علم المعسر والتربية الخاصة والخدمة الاجتماعية ورياض الأيتام كما يهتم العاملين في ميدان التربية الخاصة من المعلمين والأخصائيين وكذلك الآباء والأمهات. يعالج فيه المؤلف قضايا وموضوعات شملت منها دور الاحتياجات الخاصة، والتربية الخاصة وأهدافها ومحدداتها، وإمكانياتها وخدماتها، وعمل الفريق في مجال التربية الخاصة ومهام كل عضو فيه كما يتناول الإعاقات العقلية، والسمعية، والبصرية، من حيث تعريفاتها وتصنيفاتها، وأساليب وأساليب التعرف عليها، وإجراءات الوقاية والرعاية المبكرة، وجوانب الرعاية التربوية والتعليمية والاجتماعية. ويعمل **مؤلف الكتاب** أستاذًا للصحة النفسية بكلية التربية جامعة حلوان، وهو عضو مؤسس بالجمعية المصرية لرعاية الفئات الخاصة والمعوقين وعضو مجلس إدارتها وسكرتيرها العام. وقد شارك في عديد من المؤتمرات والندوات، وله بحوث متعددة في سبيلوجية المعوقين والمعوقين عقليًا ومشكلاتهم، والإبداع التشكيلي، والخدمات نحو المعوقين، والإعاقات الوالدية في التنشئة، والأساليب الإدارية المعاصرة، والتفصيل اللوني، والقيم، والإغتراب، وقيم التنمية، والصحة النفسية. كما أنشأ بعض المعايير النفسية بها مقياس تمييز الاندماج التشكيلي، ومقياس الإحالة نحو الفنون التشكيلية، ومقياس الصحة النفسية للشباب، ومقياس الإحالة نحو المعوقين، وقائمة تحليل خصائص الرسومات.